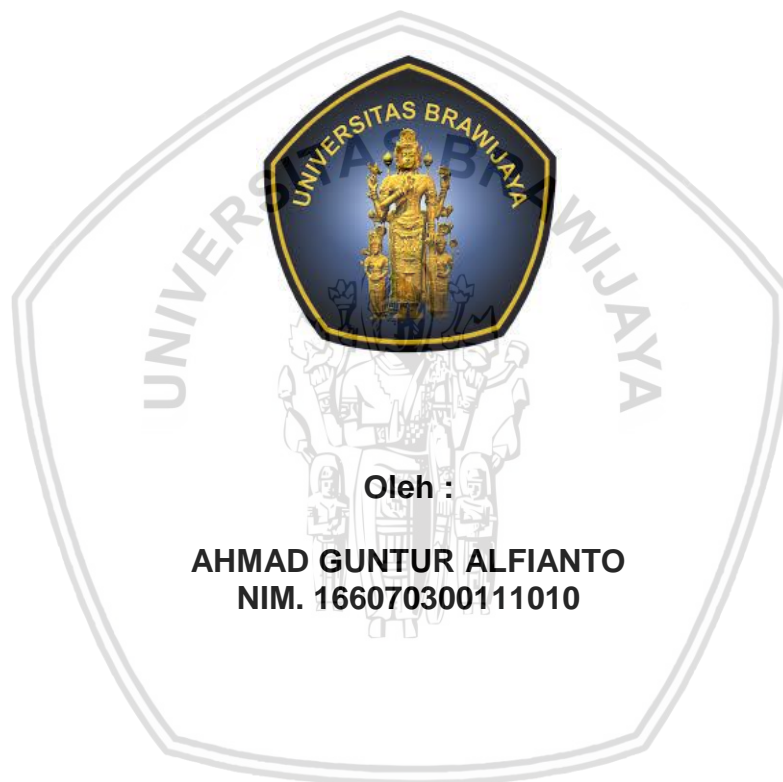


**PENGARUH PSIKOEDUKASI KELUARGA TERHADAP TINGKAT PENGETAHUAN,
SIKAP, TINDAKAN DAN KEYAKINAN DALAM PENCEGAHAN PENYAKIT
JANTUNG KORONER PADA KELUARGA BERISIKO DI DESA TALOK
KECAMATAN TUREN KABUPATEN MALANG**

TESIS

**Untuk Memenuhi Persyaratan
Memperoleh Gelar Magister Keperawatan**



Oleh :

**AHMAD GUNTUR ALFIANTO
NIM. 166070300111010**

**PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN
PEMINATAN KEPERAWATAN JIWA**

**FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS BRAWIJAYA
2018**

**PENGARUH PSIKOEDUKASI KELUARGA TERHADAP TINGKAT
PENGETAHUAN, SIKAP, TINDAKAN DAN KEYAKINAN DALAM PENCEGAHAN
PENYAKIT
JANTUNG KORONER PADA KELUARGA BERISIKO DI DESA TALOK
KECAMATAN TUREN KABUPATEN MALANG**

TESIS

**Untuk Memenuhi Persyaratan
Memperoleh Gelar Magister Keperawatan**



Oleh :

**AHMAD GUNTUR ALFIANTO
NIM. 166070300111010**

**PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN
PEMINATAN KEPERAWATAN JIWA**

**FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS BRAWIJAYA
2018**



TESIS

PENGARUH PSIKOEDUKASI KELUARGA TERHADAP TINGKAT PENGETAHUAN, SIKAP, TINDAKAN DAN KEYAKINAN DALAM PENCEGAHAN PENYAKIT JANTUNG KORONER PADA KELUARGA BERISIKO DI DESA TALOK KECAMATAN TUREN KABUPATEN MALANG

Oleh:

Ahmad Guntur Alfianto
NIM. 166070300111010

Di nyatakan Memenuhi Syarat Untuk
Ujian Tertutup Tesis

Menyetujui
Komisi Pembimbing

Ketua

Anggota

Dr.Titin Andri Wihastuti, S. Kp., M. Kes
NIP. 19770226200312001

Ns. Emi Wuri Wuryaningsih, M.Kep., Sp.Kep.J
NIP. 198505112008122005

Komisi Penguji

Ketua

Anggota

Dr.Lilik Zuhriyah, S. KM., M. Kes
NIP. 197306061997022001

Dr. Asti Melani Astari, S.Kp., M.Kep, Sp.Mat
NIP. 197705262002122002

PERNYATAAN ORISINALITAS TESIS

Saya menyatakan dengan sebenar-benarnya bahwa sepanjang pengetahuan saya, di dalam naskah TESIS ini tidak terdapat karya ilmiah yang pernah diajukan oleh orang lain untuk memperoleh gelar akademik di suatu Perguruan Tinggi dan tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan oleh orang lain, kecuali yang secara tertulis dikutip dalam naskah ini dan disebutkan dalam sumber kutipan dan daftar pustaka.

Apabila ternyata di dalam naskah tesis ini dapat dibuktikan terdapat unsur-unsur PLAGIASI, saya bersedia TESIS ini untuk digugurkan dan gelar akademik yang telah saya peroleh (MAGISTER) dibatalkan serta diproses sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Malang, 25 Juni 2018

Mahasiswa,

Nama : Ahmad Guntur Alfianto

NIM : 166070300111010

PS : Magister Keperawatan

Prog : Pascasarjana

Fak : Kedokteran UB

HALAMAN IDENTITAS TIM PENGUJI TESIS**JUDUL TESIS:**

Pengaruh Psikoedukasi Keluarga Terhadap Tingkat Pengetahuan, Sikap, Tindakan dan Keyakinan Dalam Pencegahan Penyakit Jantung Koroner Pada Keluarga Berisiko di Desa Talok Kecamatan Turen Kabupaten Malang

Nama Mahasiswa : Ahmad Guntur Alfianto
Program Studi : Magister Keperawatan
Minat : Keperawatan Jiwa

KOMISI PEMBIMBING

Ketua : Dr. Titin Andri Wihastuti, S.Kp, M.Kes
Anggota 1 : Ns. Emi Wuri Wuryaningsih, M.Kep.,Sp.Kep.,J

TIM DOSEN PENGUJI

Dosen Penguji 1 : Dr. Lilik Zuhriyah, S. KM., M.Kes.
Dosen Penguji 2 : Dr. Asti Melani Astari, S.Kp., M.Kep, Sp.Mat

Tanggal Ujian : 25 Juni 2018

SK Penguji :



Karya ilmiah ini saya tujukan kepada istri dan anak saya tercinta,
serta kedua orang tua saya yang tersayang.

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Allah SWT atas segala rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan tesis yang berjudul “Pengaruh Psikoedukasi Keluarga Terhadap Tingkat Pengetahuan, Sikap, Tindakan dan Keyakinan dalam pencegahan Penyakit Jantung Koroner pada Keluarga Berisiko di Desa Talok Kecamatan Turen Kabupaten Malang”.

Dengan selesainya tesis ini penulis menyampaikan ucapan terima kasih yang sebesar – besarnya kepada:

1. Dr. dr. Sri Andarini, M.Kes sebagai Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya yang telah memberikan kesempatan untuk menempuh pendidikan magister di Program Studi Magister Keperawatan FKUB;
2. Dr. Titin Andri Wihastuti, S.Kp, M.Kes sebagai Ketua Program Studi Magister Keperawatan FKUB sekaligus dosen pembimbing pertama yang selalu memberikan saran terhadap perbaikan penulisan tesis ini;
3. Ns. Emi Wuri Wuryaningsih, M.Kep., Sp.KepJ. sebagai dosen pembimbing kedua yang selalu memberikan saran terhadap perbaikan penulisan tesis ini.
4. Dr.Lilik Zuhriyah, SKM., M.Kes sebagai dosen penguji 1 ;
5. Dr. Asti Melani Astari, S.Kp., M.Kep, Sp.Mat sebagai dosen penguji 2.

Sangat disadari bahwa dengan kekurangan dan keterbatasan yang dimiliki penulis, masih dirasakan banyak kekurangan, oleh karena itu penulis mengharapkan saran yang membangun agar tulisan ini bermanfaat bagi yang membutuhkan.

Malang,

Penulis

RINGKASAN

Ahmad Guntur Alfianto, NIM. 166070300111010. Program Studi Magister Keperawatan, Fakultas Kedokteran, Universitas Brawijaya, Malang, 25 Januari 2018. Pengaruh Psikoedukasi Keluarga Terhadap Tingkat Pengetahuan, Sikap, Tindakan dan Keyakinan dalam pencegahan Penyakit Jantung Koroner pada Keluarga Berisiko di Desa Talok Kecamatan Turen Kabupaten Malang.

Penyakit jantung koroner (PJK) merupakan salah satu penyakit yang disebabkan oleh penumpukan plak pada arteri koronaria sehingga terjadi penurunan yang mendadak pada aliran darah koroner. Mulai dari tahun 2008 Angka kematian di seluruh dunia yang disebabkan oleh penyakit 17 juta jiwa atau 48% dan seiring bertambahnya tahun hingga saat ini kematian akibat penyakit jantung meningkat hampir lebih 80% per tahunnya. Selain itu hampir 60% kematian akibat penyakit jantung disebabkan oleh PJK.

Upaya pengendalian faktor risiko PJK tersebut dapat dilakukan dengan cara memberdayakan keluarga, hal tersebut dapat dilakukan pada keluarga atau kelompok dengan risiko PJK melalui pencegahan sekunder. Pencegahan pada individu atau kelompok dengan risiko PJK dapat dilakukan dengan cara promosi kesehatan, merubah gaya hidup dan pengobatan secara teratur. Perubahan gaya hidup antara lain menghentikan merokok, perubahan pola makan, pengontrolan berat badan, aktivitas fisik dan menghentikan minum alkohol. Salah satu terapi modalitas kepada keluarga dengan risiko PJK adalah psikoedukasi keluarga.

Desain penelitian menggunakan jenis penelitian *quasi experimental pre-post control group design*. Penelitian ini terbagi menjadi dua kelompok yaitu kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Kelompok intervensi diberikan psikoedukasi keluarga dan kelompok kontrol diberikan pendidikan kesehatan tentang PJK. Lokasi penelitian berada di Desa Talok Kecamatan Turen Kabupaten Malang. Jumlah responden dalam penelitian ini sebanyak 36 responden yang terbagi menjadi 2 kelompok. Kelompok tersebut adalah kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Teknik *sampling* yang digunakan adalah *purposive sampling* dan kriteria inklusi adalah sampel yang memiliki dua atau lebih faktor risiko PJK. Pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan kuesioner pengetahuan adalah HDFQ (nilai reliabilitas 0,70), sikap adalah PRHDS (nilai reliabilitas 0,80), tindakan adalah HPLP II (nilai reliabilitas 0,79) dan keyakinan adalah CSE (nilai reliabilitas 0,77).

Hasil dari penelitian menggunakan uji *t dependent* didapatkan melalui analisis pengetahuan, sikap, tindakan dan keyakinan dalam pencegahan PJK pada keluarga berisiko pada masing-masing kelompok penelitian. Kelompok intervensi psikoedukasi

keluarga didapatkan hasil bahwa terdapat pengaruh yang signifikan terhadap pengetahuan ($p = 0,000$, $p < 0,05$), sikap ($p = 0,003$, $p < 0,05$), tindakan ($p = 0,001$, $p < 0,05$) dan keyakinan ($p = 0,008$, $p < 0,05$) dalam pencegahan PJK pada keluarga berisiko setelah diberikan intervensi psikoedukasi keluarga. Kelompok kontrol didapatkan hasil yang tidak signifikan antara pengetahuan ($p = 0,805$, $p < 0,05$), sikap ($p = 0,625$, $p < 0,05$), tindakan ($p = 0,177$, $p < 0,05$), dan keyakinan ($p = 0,889$, $p < 0,05$) dalam pencegahan PJK pada keluarga berisiko setelah diberikan pendidikan kesehatan dengan melalui lembar balik dan leaflet tentang PJK.

Uji statistik *t independent* digunakan menguji perbedaan pengetahuan, sikap, tindakan dan keyakinan dalam pencegahan PJK pada keluarga berisiko antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Pada variabel pengetahuan dalam pencegahan PJK antara kelompok intervensi psikoedukasi keluarga dan kelompok kontrol di dapatkan nilai $p = 0,000$ yang memiliki makna terdapat perbedaan yang signifikan terhadap pengetahuan pencegahan PJK pada masing-masing kelompok. Variabel sikap dalam pencegahan PJK antara kelompok intervensi psikoedukasi keluarga dan kelompok kontrol di dapatkan nilai $p = 0,023$ yang memiliki makna tidak terdapat perbedaan yang signifikan terhadap sikap dalam pencegahan PJK pada masing-masing kelompok. Pada variabel tindakan dalam pencegahan PJK antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol di dapatkan nilai $p = 0,100$ yang memiliki makna tidak terdapat perbedaan yang signifikan terhadap tindakan dalam pencegahan PJK pada masing-masing kelompok. Variabel keyakinan dalam pencegahan PJK antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol di dapatkan nilai $p = 0,004$ yang memiliki makna terdapat perbedaan yang signifikan terhadap keyakinan dalam pencegahan PJK pada masing-masing kelompok.

Kesimpulan pada penelitian ini adalah terdapat pengaruh yang signifikan terhadap pengetahuan, sikap, tindakan dan keyakinan dalam pencegahan PJK pada keluarga berisiko pada kelompok intervensi psikoedukasi keluarga dan terdapat perbedaan pengetahuan dan keyakinan dalam pencegahan faktor risiko PJK antara kelompok intervensi psikoedukasi keluarga dengan kelompok kontrol (pendidikan kesehatan).

SUMMARY

Ahmad Guntur Alfianto, NIM.166070300111010. Master Program of Nursing, Faculty of Medicine, Universitas Brawijaya, Malang, January 25th, 2018. The Effect Of Family Psychoeducation On The Level Of Knowledge, Attitude, Practice And Self-Efficacy In Prevention of Coronary Heart Disease At Risk Family at Talok Village. Turen district Malang Regency.

Coronary heart disease (CHD) is one of the diseases caused by plaque build up in the coronary arteries resulting in a sudden decrease in coronary blood flow. Starting from 2008 the worldwide death rate caused by the illness of 17 million or 48% and as the year progressed to date the deaths from heart disease increased by almost 80% annually. In addition, nearly 60% of deaths from heart disease caused by coronary heart disease.

Efforts to control risk factors for coronary heart disease can be done by prevention as early as possible, it can be done to families or groups with the risk of heart disease through secondary prevention. Prevention in individuals or groups with the risk of coronary heart disease can be done by promoting health, changing lifestyle and regular treatment. Lifestyle changes include stopping to smoke, dietary changes, weight control, physical activity and stop drinking alcohol. One of the modalities therapy to families with risk of CHD is with family psychoeducation intervention.

The research descriptions used in this study used a quasi-experimental type of pre-post control group design. This research is divided into two groups namely family psychoeducation intervention and control group. The research location is in Talok Village, Turen District, Malang Regency. The number of respondents in this study were 36 respondents divided into 2 groups of psychoeducation intervention and control group that entered into the inclusion criteria of the researcher. Data collection was performed before and after the family psychoeducation intervention by using questionnaires for primary data and for secondary data derived from health cadres data.

The results of the research using t-test *dependent* obtained through the analysis of knowledge, attitudes, practice and self- efficacy in the prevention of CHD in risk families in each study group. The family of psychoeducation intervention group was concluded that there was a significant effect on knowledge ($p= 0,000$, $p < 0,05$), attitudes ($p= 0.003$, $p < 0,05$), practice ($p= 0.001$, $p < 0,05$) and self efficacy ($p= 0.008$, $p < 0,05$) in the prevention of CHD in risky families after given family psychoeducation intervention. In the control group, there was no significant result between knowledge ($p= 0,805$, $p < 0,05$), attitude ($p= 0,625$, $p < 0,05$), practice ($p=0.177$, $p < 0,05$), and self efficacy ($p= 0.889$, $p < 0,05$) in the prevention

of CHD in risky families after being given a health education through a flipchart and a *leaflet* about CHD.

Further statistical tests used *independent* t test to identify the differences in knowledge, attitudes, practice and self-efficacy in CHD prevention in risky families between psychoeducation intervention groups and control groups. In the knowledge variables prevention of CHD between the family psychoeducation intervention group and the control group obtained $p= 0,000$ which has significant differences in the prevention of CHD in each group. Attitude variable in prevention of CHD between family psychoeducation intervention group and control group obtained p value= 0,023 which have meaning no significant difference to attitude in prevention of CHD in each group. In the variables of practice in the prevention of CHD between the family psychoeducation intervention group and the control group obtained $p= 0,100$ which has means no significant difference to the action in the prevention of CHD in each group. And in the self efficacy variable in the prevention of CHD between the family psychoeducation intervention group and the control group $p= 0,004$ has significant difference in self efficacy in CHD prevention in each group.

The conclusion of this study is that there is a significant effect on knowledge, attitudes, practice and self efficacy in the prevention of CHD in risky families in the family psychoeducation intervention group and no significant effect on knowledge, attitudes, practice and self efficacy in the prevention of CHD in risky families in the control group. The variables of knowledge and self efficacy in CHD prevention have significant difference value in each group rather than attitude and practice variables in CHD prevention.

ABSTRAK

PENGARUH PSIKOEDUKASI KELUARGA TERHADAP TINGKAT PENGETAHUAN, SIKAP, TINDAKAN DAN KEYAKINAN DALAM PENCEGAHAN PENYAKIT JANTUNG KORONER PADA KELUARGA BERISIKO DIDESA TALOK KECAMATAN TUREN KABUPATEN MALANG

Ahmad Guntur Alfianto ¹⁾, Titin Andri Wihastuti ²⁾, Emi Wuri Wuryaningsih ³⁾

¹⁾ Program Studi Megister Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya

²⁾ Program Studi Megister Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya

³⁾ Fakultas Keperawatan Departemen keperawatan Jiwa, Universitas Jember

Latar belakang

keluarga dengan anggota keluarga berisiko PJK kecenderungan memiliki pengetahuan, sikap, tindakan keyakinan yang rendah dalam mencegah PJK. Upaya Tindakan pencegahan yang dapat dilakukan adalah pengendalian faktor risiko dan pemberdayaan keluarga. Salah satu tindakan pencegahan yang dapat dilakukan oleh perawat melalui psikoedukasi keluarga kepada keluarga berisiko PJK. **Tujuan** penelitian ini adalah mengidentifikasi pengaruh psikoedukasi keluarga terhadap tingkat pengetahuan, sikap, tindakan dan keyakinan dalam pencegahan PJK pada keluarga berisiko. **Metode** Desain penelitian yang digunakan adalah *quasi experimental pre-post control group design*. Teknik sampling yang digunakan adalah *purposive sampling* pada *caregiver* yang memiliki anggota keluarga 2 atau lebih risiko PJK dengan jumlah responden sebanyak 36 responden Lokasi penelitian di Desa Talok Kecamatan Turen Kabupaten Malang. Analisa data menggunakan uji *t dependent* dan *t independent*. **Hasil** dari Kelompok intervensi psikoedukasi keluarga didapatkan hasil pengetahuan ($p = 0,000$, $p < 0,05$), sikap ($p = 0,003$, $p < 0,05$), tindakan ($p = 0,001$, $p < 0,05$) dan keyakinan ($p = 0,008$, $p < 0,05$) dalam pencegahan PJK pada keluarga berisiko. Sedangkan pada kelompok kontrol didapatkan hasil pengetahuan ($p = 0,805$, $p < 0,05$), sikap ($p = 0,625$, $p < 0,05$), tindakan ($p = 0,177$, $p < 0,05$), dan keyakinan ($p = 0,889$, $p < 0,05$) dalam pencegahan PJK pada keluarga berisiko. Hasil uji *t independent* pada variabel pengetahuan dalam pencegahan PJK antara kelompok intervensi psikoedukasi keluarga dan kelompok kontrol didapatkan nilai ($p = 0,000$, $p < 0,05$). Variabel sikap dalam pencegahan PJK antara kelompok intervensi psikoedukasi keluarga dan kelompok kontrol didapatkan nilai ($p = 0,023$, $p < 0,05$). Pada variabel tindakan dalam pencegahan PJK antara kelompok intervensi psikoedukasi keluarga dan kelompok kontrol didapatkan nilai ($p = 0,100$, $p < 0,05$). Dan pada variabel keyakinan dalam pencegahan PJK antara kelompok intervensi psikoedukasi keluarga dan kelompok kontrol didapatkan nilai ($p = 0,004$, $p < 0,05$) **Kesimpulan** pada penelitian ini adalah terdapat pengaruh yang signifikan terhadap pengetahuan, sikap, tindakan dan keyakinan dalam pencegahan PJK pada keluarga berisiko pada kelompok intervensi psikoedukasi keluarga. dan tidak ada pengaruh terhadap pengetahuan, sikap, tindakan dan keyakinan dalam pencegahan PJK pada keluarga berisiko pada kelompok kontrol. Variabel pengetahuan dan keyakinan dalam pencegahan PJK memiliki nilai perbedaan yang signifikan pada Masing-masing kelompok dari pada variabel sikap dan tindakan dalam pencegahan PJK.

Kata kunci : Keluarga berisiko PJK, Psikoedukasi keluarga, pencegahan PJK

repository.ub.ac.id

EFFECTS OF FAMILY PSYCHOEDUCATION ON THE LEVEL OF KNOWLEDGE, ATTITUDE, PRACTICE AND SELF EFFICACY IN THE PREVENTION OF CORONARY HEART DISEASE ON FAMILY RISK IN THE SUB-DISTRICT OF TUREN DISTRICT OF MALANG REGENCY

Ahmad Guntur Alfianto ¹⁾, Titin Andri Wihastuti ²⁾, Emi Wuri Wuryaningsih ³⁾

¹⁾ Master Program of Nursing, Faculty of Medicine, Universitas Brawijaya

²⁾ Master Program of Nursing, Faculty of Medicine, Universitas Brawijaya

³⁾ Department of Mental Health Nursing, Faculty of Nursing, University of Jember

Background The families with the family members at risk of CHD tendency to have low at knowledge, attitude, practice and self efficacy in the prevention of CHD. The Efforts that can be done is the control of risk factors and family empowerment. One of the precautions that can be done by nurses through family psychoeducation to families at risk of CHD. **Objectives** The purpose of this study was to identify the effect of family psychoeducation on the level of knowledge, attitudes, practice and self efficacy in the prevention of CHD at family risk. **Method** The research design used was quasi experimental pre-post control group design. Sampling technique used was purposive sampling on caregiver who had family members 2 or more risk of CHD with number of respondents as much as 36 respondents. The research location at Talok Village Turen District, Malang Regency. Data analysis used *t* test dependent and *t* independent. **Results** The results of the family psychoeducation intervention group obtained knowledge ($p = 0,000$, $p < 0,05$), attitudes ($p = 0.003$, $p < 0,05$), practice ($p = 0.001$, $p < 0,05$) and self efficacy ($p = 0.008$, $p < 0,05$) in the prevention of CHD at family risk. While in the control group, the result of knowledge ($p = 0,805$, $p < 0,05$), attitude ($p = 0,625$, $p < 0,05$), practice ($p = 0,177$, $p < 0,05$), and self efficacy ($p = 0,889$, $p < 0,05$) in the prevention of CHD at family risk. The independent *t* test results on the knowledge variables in the prevention of CHD between the family psychoeducation intervention group and the control group obtained ($p = 0,000$, $p < 0,05$). Attitude variables in the prevention of CHD between the family psychoeducation intervention group and the control group obtained (p value = 0.023 , $p < 0,05$). At the practice variables in the prevention of CHD between the family psychoeducation intervention group and the control group obtained (p value = 0.100 , $p < 0,05$), while at self efficacy variables in the prevention of CHD between the family psychoeducation intervention group and the control group obtained (p value = 0.004 , $p < 0,05$). **Conclusion** The conclusion of this study is that there is a significant effect on knowledge, attitudes, practice and self efficacy in the prevention of CHD at family risk in the family psychoeducation intervention group, and there is no effect on knowledge, attitudes, practice and self efficacy in the prevention of CHD at family risk in the control group. The variables of knowledge and self efficacy in CHD prevention have significant difference value in each group rather than attitude and practice variables at CHD prevention.

Keywords : Family at risk of CHD, Family psychoeducation, CHD prevention

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
LEMBAR PENGESAHAN	ii
LEMBAR ORISINILITAS	iii
HALAMAN IDENTITAS TIM PENGUJI TESIS	iv
PERSEMBAHAN	v
KATA PENGANTAR	vi
RINGKASAN	vii
SUMMARY	ix
ABSTRAK	xi
DAFTAR ISI	xiii
DAFTAR TABEL	xvii
DAFTAR GAMBAR	xix
DAFTAR LAMPIRAN	xx
DAFTAR SINGKATAN	xxi
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	7
1.3 Tujuan Penelitian	7
1.4 Manfaat Penelitian	8
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	10
2.1 Penyakit Jantung Koroner (PJK)	10
2.1.1 Pengertian	10
2.1.2 Etiologi	10
2.1.3 Manifestasi Klinis	10
2.2 Faktor Risiko	11
2.2.1 Faktor Risiko yang Tidak Dapat diModifikasi	11
2.2.2 Faktor Risiko yang Dapat diModifikasi	12
2.3 Perilaku dan Keyakinan Diri	17
2.3.1 Perilaku	17
2.3.2 Klasifikasi Perilaku Kesehatan	17
2.3.3 Domain Perilaku	18
2.3.4 Faktor Penentu Perilaku	20
2.3.5 Domain Keyakinan Diri	21
2.4 Pencegahan PJK	23
2.5 Pendidikan Kesehatan	24
2.5.1 Definisi Pendidikan Kesehatan	24
2.5.2 Psikoedukasi Keluarga	25
2.6 Keluarga Berisiko	30
2.6.1 Konsep Keluarga	30
2.6.2 Fungsi Keluarga	31
2.6.3 Asuhan Keperawatan Berpusat Pada Keluarga (<i>Family Centered Nursing</i>)	31
2.7 Pendekatan Model Neuman Dalam Pencegahan PJK Pada Keluarga Berisiko	32
2.8 <i>Maping</i> Penelitian	35
2.9 Kerangka Teori	41

BAB 3. KERANGKA KONSEP	42
3.1 Kerangka Konsep.....	42
3.2 Hipotesis Penelitian.....	43
BAB 4. METODOLOGI PENELITIAN	45
4.1 Desain Penelitian	45
4.2 Tempat dan Waktu Penelitian.....	46
4.3 Populasi, Sampel dan Teknik Sampling	46
4.3.1 Populasi.....	46
4.3.2 Sampel dan Teknik Sampling	46
4.4. Definisi Operasional	49
4.5 Kerangka Operasional.....	52
4.6 Variabel Penelitian	53
4.6.1 Variabel Independen (bebas).....	53
4.6.2 Variabel Dependen (terikat)	53
4.7 Alat Pengumpulan Data.....	53
4.8 Prosedur Pengumpulan Data	58
4.9 Pengolahan dan Analisis data	60
4.9.1 Pengolahan Data.....	60
4.9.2 Analisis Data.....	60
4.10 Etika Penelitian.....	61
4.10.1 Prinsip Menghargai Hak asasi Manusia (<i>Respect To Human</i>)	61
4.10.2 Bermanfaat (<i>Beneficence</i>) dan Tidak merugikan (<i>Non-Maleficence</i>)	62
4.10.3 Tanpa nama (<i>Anonymity</i>) dan rahasia (<i>Confidentiality</i>).....	62
4.10.4 <i>Authonomy</i> dan <i>Freedom</i>	62
4.10.5 Keadilan (<i>Right to justice</i>).....	63
BAB 5. HASIL PENELITIAN DAN ANALISIS DATA.....	64
5.1 Data Karakteristik Anggota Keluarga.....	65
5.1.1 Karakteristik Anggota Keluarga Berdasarkan Risiko PJK.....	65
5.1.1.1 Karakteristik anggota keluarga berdasarkan usia.....	65
5.1.1.2 Karakteristik anggota keluarga berdasarkan faktor risiko PJK.....	66
5.1.1.3 Karakteristik anggota keluarga berdasarkan masalah psikososial	68
5.1.2 Karakteristik Responden	69
5.2 Data Pengetahuan, Sikap, Tindakan Dan Keyakinan Dalam Pencegahan PJK Pada Keluarga Berisiko Dengan Intervensi Psikoedukasi Keluarga dan Pendidikan Kesehatan	71
5.2.1 Pengetahuan tentang pencegahan PJK pada keluarga berisiko sebelum dan sesudah pemberian intervensi psikoedukasi keluarga dan pendidikan kesehatan tentang PJK.....	71
5.2.2 Sikap pencegahan PJK pada keluarga berisiko sebelum dan sesudah pemberian intervensi psikoedukasi keluarga dan pendidikan kesehatan tentang PJK	72
5.2.3 Tindakan pencegahan PJK pada keluarga berisiko sebelum dan sesudah pemberian intervensi psikoedukasi keluarga dan pendidikan kesehatan tentang PJK.....	73

5.2.4 Keyakinan tentang pencegahan PJK pada keluarga berisiko sebelum dan sesudah pemberian intervensi psikoedukasi keluarga dan pendidikan kesehatan tentang PJK.....	74
5.3 Pengaruh Psikoedukasi Keluarga Terhadap Pengetahuan, Sikap, Tindakan Dan Keyakinan Dalam Mencegah PJK Pada Keluarga Berisiko (Uji Normalitas dan Homogenitas).....	75
5.3.1 Pengaruh psikoedukasi keluarga terhadap pengetahuan, sikap, tindakan dan keyakinan dalam pencegahan PJK	76
5.3.2 Pengaruh pendidikan kesehatan tentang PJK terhadap pengetahuan, sikap, tindakan dan keyakinan dalam pencegahan PJK (kelompok kontrol)	78
5.4 Perbedaan pengetahuan, sikap, tindakan dan keyakinan dalam pencegahan PJK pada keluarga berisiko antara kelompok intervensi psikoedukasi keluarga dan kelompok kontrol.....	80
BAB 6. PEMBAHASAN	82
6.1 Proses Pelaksanaan Psikoedukasi Keluarga Pada Keluarga Berisiko PJK	82
6.2 Pengaruh Psikoedukasi Keluarga Terhadap Pengetahuan, Sikap, Tindakan Dan Keyakinan Dalam Pencegahan PJK Pada Keluarga Berisiko	83
6.2.1 Pengaruh Psikoedukasi Keluarga Terhadap Pengetahuan Dalam Pencegahan PJK Pada Keluarga Berisiko.....	83
6.2.2 Pengaruh Psikoedukasi Keluarga Terhadap Sikap Dalam Pencegahan PJK Pada Keluarga Berisiko	86
6.2.3 Pengaruh Psikoedukasi Keluarga Terhadap Tindakan Dalam Pencegahan PJK Pada Keluarga Berisiko	88
6.2.4 Pengaruh Psikoedukasi Keluarga Terhadap keyakinan Dalam Pencegahan PJK Pada Keluarga Berisiko	91
6.3 Pengaruh Pendidikan kesehatan Terhadap Pengetahuan, Sikap, Tindakan Dan Keyakinan Dalam Pencegahan PJK Pada Keluarga Berisiko (kelompok kontrol).....	93
6.3.1 Pengaruh Pendidikan kesehatan Terhadap Pengetahuan Dalam Pencegahan PJK Pada Keluarga Berisiko	93
6.3.2 Pengaruh Pendidikan kesehatan Terhadap Sikap Dalam Pencegahan PJK Pada Keluarga Berisiko	95
6.3.3 Pengaruh Pendidikan kesehatan Terhadap Tindakan Dalam Pencegahan PJK Pada Keluarga Berisiko	96
6.3.4 Pengaruh Pendidikan kesehatan Terhadap Keyakinan Dalam Pencegahan PJK Pada Keluarga Berisiko	98
6.4 Perbedaan pengetahuan, sikap, tindakan dan keyakinan dalam pencegahan PJK pada keluarga berisiko antara kelompok intervensi psikoedukasi dan kelompok kontrol	99
6.5 Keterbatasan penelitian	104
6.6 Implikasi Keperawatan	104
BAB 7. KESIMPULAN DAN SARAN.....	106
7.1 Kesimpulan	106
7.2 Saran	107
DAFTAR PUSTAKA	108



DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Tabel <i>Mapping</i> Penelitian	35
Tabel 4.1 Definisi operasional psikoedukasi keluarga terhadap tingkat pengetahuan, sikap, tindakan dan keyakinan diri dalam pencegahan PJK pada keluarga berisiko.	50
Tabel 4.2 Kisi-kisi tentang <i>Perception Of Risk Of Heart Disease Scale</i> (PRHDS)	54
Tabel 4.3 Tabel kisi-kisi kuesioner <i>Health Promoting Lifestyle Profile II</i>	55
Tabel 4.4 Perbandingan kuesioner tentang <i>Perception Of Risk Of Heart Disease Scale</i> (PRHDS) sebelum dan sesudah uji validitas	57
Tabel 4.5 Perbandingan kuesioner tentang <i>Health Promoting Lifestyle Profile II</i> sebelum dan sesudah uji validitas	58
Tabel 5.1 Distribusi frekuensi karakteristik pada anggota keluarga berdasarkan usia dengan risiko PJK	65
Tabel 5.2 Distribusi frekuensi karakteristik anggota keluarga berdasarkan faktor risiko PJK	66
Tabel 5.3 Distribusi frekuensi karakteristik anggota keluarga berdasarkan masalah psikososial	68
Tabel 5.4 Distribusi frekuensi karakteristik responden berdasarkan Usia	69
Tabel 5.5 Frekuensi karakteristik responden hubungan keluarga	69
Tabel 5.6 Distribusi pengetahuan tentang tindakan pencegahan PJK pada keluarga berisiko sebelum diberikan intervensi psikoedukasi keluarga dan pendidikan kesehatan tentang PJK	71
Tabel 5.7 Distribusi pengetahuan tentang tindakan pencegahan PJK pada keluarga berisiko setelah diberikan intervensi psikoedukasi keluarga dan pendidikan kesehatan tentang PJK	71
Tabel 5.8 Distribusi sikap tentang tindakan pencegahan PJK pada keluarga berisiko sebelum di berikan intervensi psikoedukasi keluarga dan pendidikan kesehatan tentang PJK	72
Tabel 5.9 Distribusi sikap tentang tindakan pencegahan PJK pada keluarga berisiko setelah diberikan intervensi psikoedukasi keluarga dan pendidikan kesehatan tentang PJK	72
Tabel 5.10 Distribusi tindakan tentang pencegahan pjk pada keluarga berisiko setelah di berikan intervensi psikoedukasi keluarga dan pendidikan kesehatan tentang PJK	73
Tabel 5.11 Distribusi tindakan tentang pencegahan PJKpada keluarga berisiko setelah di berikan intervensi psikoedukasi keluarga dan pendidikan kesehatan tentang PJK	73
Tabel 5.12 Distribusi keyakinan tentang pencegahan pjk pada keluarga berisiko sebelum diberikan intervensi psikoedukasi keluarga dan pendidikan kesehatan tentang PJK	74
Tabel 5.13 Distribusi keyakinan tentang pencegahan PJK pada keluarga berisiko setelah diberikan intervensi psikoedukasi keluarga dan pendidikan kesehatan tentang PJK	74

Tabel 5.14 Uji beda pengetahuan, sikap, tindakan dan keyakinan sebelum dan sesudah diberikan psikoedukasi keluarga	76
Tabel 5.15 Uji beda pengetahuan, sikap, tindakan dan keyakinan sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan tentang PJK pada kelompok kontrol	78
Tabel 5.15 Uji beda pengetahuan, sikap, tindakan dan keyakinan dalam pencegahan PJK pada keluarga berisiko antara kelompok intervensi psikoedukasi dan kelompok kontrol.....	80



DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Kerangka teori pengetahuan, sikap, tindakan dan keyakinan diri keluarga berisiko dalam mencegah risiko PJK melalui psikoedukasi keluarga	41
Gambar 3.1 Kerangka Konsep.....	42
Gambar 4.1 Desain penelitian <i>quasi experimental pre-post control group design</i>	45
Gambar 4.2 Kerangka operasional pengaruh psikoedukasi keluarga terhadap pengetahuan, sikap, tindakan dan keyakinan diri dalam pencegahan PJK pada keluarga berisiko.....	52



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Surat Informasi	119
Lampiran 2	Surat Persetujuan	120
Lampiran 3	Kuesioner	121
Lampiran 4	Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas Kuesioner	132
Lampiran 5.	Analisis Data	137
Lampiran 6.	Keterangan selesai studi pendahuluan dan penelitian.....	158
Lampiran 7.	Keterangan Uji Validasi dan Reliabilitas	159
Lampiran 8.	Keterangan Uji Kompetensi.....	160
Lampiran 9.	Keterangan Alih Bahasa.....	161
Lampiran 10.	<i>Ethical Clearance</i>	162
Lampiran 11.	Surat keterangan Uji Plagiasi	163
Lampiran 12.	Lembar Balik tentang PJK.....	164
Lampiran 13.	Leaflet tentang PJK.....	165
Lampiran 14.	Leaflet manajemen beban.....	166
Lampiran 15.	<i>Booklat</i> -relaksasi otot progresif.....	167
Lampiran 16.	Buku Kerja	168
Lampiran 17.	Modul Psikoedukasi Keluarga	171
Lampiran 18.	Satuan Acara Penyuluhan (SAP) PJK.....	177
Lampiran 19.	Dokumentasi	180
Lampiran 20.	<i>Acceptance letter</i>	181
Lampiran 21.	<i>Curriculum Vitae</i>	182
Lampiran 22.	<i>Manuscript</i>	184
Lampiran 23.	Bukti Bimbingan	195
Lampiran 24.	Hasil Psikoedukasi keluarga.....	197

DAFTAR SINGKATAN

AHA	= <i>American Heart Association</i>
CHD	= <i>Coronary Heart Disaeses</i>
CI	= <i>Confidence Interval</i>
CO	= <i>Carbon Monoksida</i>
CSE	= <i>Cardiac Self Efficacy</i>
HDFQ	= <i>Heart Disease Fact Questionnaire</i>
HPLP II	= <i>Health Promoting Lifestyle Profile li</i>
HDL	= <i>High Densitas Lipoprotein</i>
IMT	= <i>Indeks Massa Tubuh</i>
KEMENKES	= <i>Kementerian Kesehatan</i>
LDL	= <i>Low Densitas Lipoprotein</i>
NAMI	= <i>National Alliance for the Mentaly</i>
PJK	= <i>Penyakit Jantung Koroner</i>
PRHDS	= <i>Perception Of Risk Of Heart Disease Scale</i>
RI	= <i>Republik Indonesia</i>
SAP	= <i>Satuan Acara Penyuluhan</i>
SD	= <i>Standart Deviasi</i>
SPSS	= <i>Statistical Package for the Sosial Sciences</i>
WHO	= <i>World Health Organization</i>

BAB 1.

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

World Health Organization (WHO) memiliki prioritas utama dalam pemberantasan penyakit tidak menular antara lain kanker, hipertensi, penyakit kardiovaskuler atau penyakit jantung dan penyakit pernapasan kronik. Penyakit jantung merupakan 4 penyakit yang membahayakan dan menjadi permasalahan yang kompleks (Kementerian kesehatan RI, 2011). Penyakit Jantung Koroner (PJK) merupakan salah satu kategori penyakit jantung yang disebabkan oleh sumbatan pada pembuluh darah arteri koronaria sehingga terjadi penurunan yang mendadak pada aliran darah koroner (*American Heart Association*, 2015).

Penyakit jantung merupakan kasus terbesar di negara berkembang. Data penderita penyakit jantung di dunia sejak tahun 2008 menunjukkan bahwa angka kematian disebabkan oleh penyakit jantung sebesar 17 juta jiwa atau 48%. kematian akibat penyakit jantung meningkat hampir lebih 80% pertahunnya. Hal tersebut telah di prediksi oleh WHO hingga tahun 2020 penyakit jantung akan terus meningkat serta kematian terbanyak diperkirakan di tahun 2030. Selain itu hampir 60% kematian akibat penyakit jantung disebabkan oleh PJK (WHO, 2010).

Risikodes pada tahun 2007 menunjukkan prevalensi nasional penyakit jantung sebesar 7,2% dari kategori PJK dan gagal jantung. Setengah provinsi di Indonesia juga memiliki nilai lebih dari angka prevalensi nasional penyakit jantung (Balitbangkes, 2008). Tahun 2013 hasil riset dari Kementrian Kesehatan di Indonesia menunjukkan bahwa PJK yang pernah terdiagnosis oleh dokter

sebanyak 0,5% dan yang terdiagnosis dan ditemukan gejala sebesar 1,5% (Balitbangkes, 2013).

Provinsi Jawa Timur merupakan provinsi yang memiliki angka prevalensi PJK berdasarkan diagnosis dokter dengan persentase sebesar 0,5% penderita dan hal tersebut juga setara dengan rata-rata nilai prevalensi kejadian PJK nasional. Sedangkan prevalensi PJK berdasarkan diagnosis dokter atau di temukan gejala sebesar 1.3% atau sekitar hal tersebut menjadikan PJK menjadi tertinggi (Balitbangkes, 2013).

Hasil studi pendahuluan pada Dinas Kesehatan Kabupaten Malang tahun 2017 menunjukkan bahwa faktor risiko PJK yang terdeteksi mulai bulan Januari hingga Juli 2017 antara lain hipertensi, diabetes melitus II, obesitas. Hasil surve Dinas Kesehatan Kabupaten Malang pada usia lebih dari 15 tahun dengan jumlah penduduk dewasa sebanyak 2.567.000 jiwa menyebutkan untuk jumlah penderita hipertensi terbanyak adalah perempuan sebanyak 27.968 jiwa. Faktor risiko dengan penyakit diabetes melitus terbanyak adalah perempuan dengan jumlah 27.968 jiwa dan kasus obesitas terbanyak adalah perempuan dengan total sebanyak 3.255 jiwa.

Hasil studi yang dilakukan di Kecamatan Turen pada tahun 2017 juga menunjukkan banyaknya kasus faktor risiko PJK meliputi hipertensi, diabetes melitus tipe II dan obesitas sebagai berikut: Kejadian hipertensi di desa Talok mulai bulan Januari hingga Juli 2017 sebanyak 1.6290 penderita, kasus obesitas 11 penderita sedangkan untuk kasus diabetes melitus tipe I sebanyak 93 penderita, kasus diabetes melitus II sebanyak 487 penderita. Desa Talok merupakan suatu desa dengan sentra ekonomi yang berkembang pesat di wilayah kecamatan Turen.

Selain itu hasil surve pada anggota keluarga yang berisiko PJK di desa Talok didapatkan bahwa tingkat pengetahuan tentang pencegahan PJK sebesar

60%, anggota keluarga memiliki sikap negatif terhadap pencegahan PJK sebesar 40%, tindakan anggota keluarga dalam pencegahan PJK juga sangat kurang, ditandai dengan perilaku merokok pada laki-laki di desa tersebut. Laki – laki yang merokok sebesar 37% dari 46% laki-laki yang di desa Talok Turen, pola diet terkait konsumsi makanan berkolesterol 66%, dan 59% masyarakat Talok juga tidak rutin melakukan pemeriksaan kesehatan jantung di pelayanan kesehatan.

Hasil wawancara kepada 50 keluarga yang anggota keluarganya berisiko PJK sebanyak 85% juga mengatakan mengatur pola diet dengan mengurangi makanan berlemak sangat sulit karena setiap hari selalu makan makanan berlemak seperti tempe goreng, makanan bersantan, ayam goreng dan lain sebagainya, begitu juga dengan masalah merokok kebanyakan dari keluarga merasa nyaman dengan merokok karena mengurangi beban pikiran hidup. Perilaku untuk melakukan pemeriksaan terkait masalah jantung juga masih kurang, rata-rata 70% mereka tidak melakukan pemeriksaan rutin karena jauh dari puskesmas, tidak ada biaya dan juga rata-rata keluarga tidak mengenal tanda dan gejala serta pencegahan PJK tersebut. Keyakinan keluarga dalam meningkatkan pencegahan PJK juga masih kurang sebesar 90% dari 50 keluarga berisiko, keluarga beranggapan bahwa semua yang dilarang dalam pencegahan PJK adalah nikmat dan setiap hari dilakukan.

Secara umum PJK belum diketahui penyebab yang pasti, tetapi berbagai faktor yang mempengaruhi timbulnya PJK tersebut. Seorang menderita PJK ditentukan oleh interaksi dua atau lebih risiko dari PJK itu sendiri, hal tersebut pernah dikemukakan oleh Framingham, *multipelel risk factors intervention trial*, *Minister Heart Study* tentang faktor risiko PJK (Soeharto, 2004). *New Zealand Primary Care* juga menyebutkan tentang faktor risiko PJK antara lain faktor risiko yang tidak dapat diubah contohnya keturunan, usia, jenis kelamin. Sedangkan faktor risiko yang dapat di rubah contohnya adalah kolestrol, tekanan

darah tinggi, gula darah, merokok, stress atau masalah psikososial, kelebihan berat badan dan intensitas dalam aktivitas (Crombie & Hamer, Jackson, Sharpe, 2013).

Kegiatan pencegahan faktor risiko PJK tersebut dapat dilakukan dengan cara pencegahan sedini mungkin. Hal tersebut dapat dilakukan pada individu atau kelompok dengan risiko penyakit jantung melalui pencegahan primer. Pencegahan pada individu atau kelompok dengan risiko PJK dapat dilakukan dengan cara melakukan aktivitas dan upaya individu atau kelompok dalam mencegah terjadinya masalah terburuk dari jantungnya atau mencegah terjadinya serangan berulang (Rilantono, 2012). WHO menyatakan dalam mencegah faktor risiko PJK dapat melalui pencegahan antara lain dengan cara promosi kesehatan, merubah gaya hidup dan pengobatan secara teratur. Perubahan gaya hidup antara lain menghentikan merokok, perubahan pola makan, pengontrolan berat badan, aktivitas fisik dan menghentikan minum alkohol (WHO, 2007a).

Faktor-faktor risiko PJK dapat dirubah melalui perilaku pencegahan terhadap faktor risiko penyakit jantung. Penelitian yang dilakukan di Malaysia pada tahun 2010 tentang perilaku pencegahan risiko PJK pada anggota keluarga perempuan yang berisiko PJK di dapatkan hasil rata-rata pengetahuan tentang PJK sebesar 55,6%, sikap dalam memutuskan untuk melakukan pencegahan PJK adalah 55,1% dan nilai rata-rata dalam bertindak pencegahan PJK sebesar 51,5%, sehingga rata-rata dalam perilaku pencegahan PJK masih dalam nilai baik dan pengetahuan, sikap, tindakan sangat mempengaruhi dalam pencegahan risiko PJK (Yahya, Muhamad, & Yusoff, 2012).

Selain perilaku pencegahan PJK, keyakinan seseorang untuk sembuh dan mau melakukan pencegahan terhadap suatu penyakit sangat di perlukan. Penelitian yang dilakukan tahun 2007 tentang pentingnya percaya kepada suatu

penyakit dan keyakinan diri pada PJK dengan hasil 57% responden dengan PJK yang sedang melakukan rehabilitasi PJK memiliki rata-rata 30% yakin untuk sembuh terhadap PJKnya. PJK dapat disembuhkan dengan keyakinan diri yang dimiliki oleh individu atau keluarga dalam melakukan pencegahan PJK sehingga kualitas hidup seseorang dengan PJK tersebut akan lebih baik (Lau-Walker, 2007).

Pendekatan keluarga sehat saat ini sangat tepat diaplikasikan di tatanan komunitas. Pemerintah Indonesia saat ini telah menggalakkan program Nawacita yang di dalamnya terdapat program Indonesia sehat. Program tersebut lebih menekankan kepada upaya promotif dan preventif di lingkungan keluarga. Keluarga sebagai sistem unit terkecil harus mampu mengatasi masalah kesehatannya. Sehingga dengan adanya program berbasis pemberdayaan keluarga saat ini diharapkan anggota keluarga atau kelompok komunitas mampu mengatasi masalah kesehatannya dan berperan aktif dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat (Kemenkes RI, 2016).

Perilaku dan keyakinan diri dalam pencegahan PJK pada individu dan keluarga berisiko dapat dilakukan dengan cara intervensi awal (Lau-Walker, 2007). Salah satu intervensi awal yang dapat dilakukan di keluarga adalah psikoedukasi. Psikoedukasi merupakan suatu terapi modalitas yang di berikan kepada seseorang dengan masalah psikososial atau masalah kesehatan lain yang membutuhkan gabungan psikoterapi dan pendidikan (Lukens & McFarlane, 2004). Hasil penelitian tentang intervensi pada masalah psikosis dengan pemberian psikoedukasi hasilnya sangat signifikan bagi dampak pengobatan seseorang dengan masalah psikologis (Baumann *et al.*, 2013). Hasil penelitian lain juga tentang efektifitas program psikoedukasi terhadap kualitas hidup seseorang dengan PJK didapatkan hasil yang sangat signifikan antara kelompok psikoedukasi dan kelompok kontrol (Valiee, Razavi, Aghajani, & Bashiri, 2017).

Terapi modalitas dalam bentuk psikoedukasi pada keluarga berfokus pada masalah intervensi kecakapan dan keterampilan hidup (Bolkan, 2015). Namun dalam kecakapan dan keterampilan hidup tersebut keluarga harus mampu mandiri dalam mengatasi masalahnya terutama masalah pencegahan PJK. Salah satu konsep pemberdayaan keluarga adalah keluarga mampu mandiri dalam melakukan perawatan anggota keluarga yang sakit serta memanfaatkan fasilitas kesehatan sebagai upaya kesembuhan dan pencegahan (Hage & Lorensen, 2005).

Psikoedukasi keluarga selama ini berfokus pada terapi yang diberikan kepada keluarga dengan masalah psikososial dan gangguan jiwa. Penelitian oleh Miklowitz *et al* menyatakan psikoedukasi sangat efektif untuk menurunkan kekambuhan, depresi, rawat inap berulang dan komunikasi positif pada keluarga dengan gangguan bipolar (Stuart & Laraia, 2009). Penelitian yang hampir serupa tentang pengaruh terapi psikoedukasi keluarga terhadap beban dan kemampuan keluarga dalam merawat klien pasung di Aceh menunjukkan setelah di berikan terapi psikoedukasi keluarga, keluarga menunjukkan penurunan beban keluarga dan peningkatan kemampuan keluarga secara bermakna setelah di berikan psikoedukasi keluarga (Sari, 2009). Kasus tersebut memiliki persamaan dengan penyakit kronis serta memerlukan pengobatan seumur hidup dan memerlukan dukungan keluarga dalam perawatannya. Berdasarkan permasalahan tersebut, peneliti melakukan penelitian tentang pengaruh psikoedukasi keluarga terhadap tingkat pengetahuan, sikap, tindakan dan keyakinan dalam pencegahan PJK pada keluarga berisiko.

1.2 Rumusan Masalah

Apakah ada pengaruh psikoedukasi keluarga terhadap tingkat pengetahuan, sikap, tindakan dan keyakinan dalam pencegahan PJK pada keluarga berisiko di desa Talok Kecamatan Turen Kabupaten Malang.

1.3. Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan penelitian ini adalah untuk membuktikan pengaruh psikoedukasi keluarga terhadap pengetahuan, sikap, tindakan dan keyakinan dalam pencegahan PJK pada keluarga berisiko di desa Talok Kecamatan Turen Kabupaten Malang.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Menganalisis perubahan pengetahuan dalam pencegahan PJK pada keluarga berisiko di desa Talok Kecamatan Turen Kabupaten Malang pada kelompok intervensi
2. Menganalisis perubahan pengetahuan dalam pencegahan PJK pada keluarga berisiko di desa Talok Kecamatan Turen Kabupaten Malang pada kelompok kontrol.
3. Menganalisis perubahan sikap dalam pencegahan PJK pada keluarga berisiko di desa Talok Kecamatan Turen Kabupaten Malang pada kelompok intervensi.
4. Menganalisis perubahan sikap dalam pencegahan PJK pada keluarga berisiko di desa Talok Kecamatan Turen Kabupaten Malang pada kelompok kontrol.
5. Menganalisis perubahan tindakan dalam pencegahan PJK pada keluarga berisiko di desa Talok Kecamatan Turen Kabupaten Malang pada kelompok intervensi.

6. Menganalisis perubahan tindakan dalam pencegahan PJK pada keluarga berisiko di desa Talok Kecamatan Turen Kabupaten Malang pada kelompok kontrol.
7. Menganalisis perubahan keyakinan dalam pencegahan PJK pada keluarga berisiko di desa Talok Kecamatan Turen Kabupaten Malang pada kelompok intervensi.
8. Menganalisis perubahan keyakinan dalam pencegahan PJK pada keluarga berisiko di desa Talok Kecamatan Turen Kabupaten Malang pada kelompok kontrol
9. Menganalisis perbedaan perubahan pengetahuan, sikap, tindakan dan keyakinan dalam pencegahan PJK pada keluarga berisiko di desa Talok Kecamatan Turen Kabupaten Malang pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat secara Teoritis

Sebagai kajian pustaka bagi pengembangan ilmu keperawatan, khususnya ilmu keperawatan penyakit kronik dan kardiovaskuler melalui psikoedukasi keluarga di tingkat komunitas, serta dapat digunakan dalam penelitian selanjutnya.

1.4.2 Manfaat secara Praktisi

1. Dinas Kesehatan Kabupaten Malang

Hasil penelitian ini dapat memberikan informasi ilmiah terkait intervensi keperawatan dan sebagai bahan pertimbangan dalam penyusunan kebijakan pelaksanaan program pemberantasan penyakit tidak menular khususnya melalui upaya terapi modalitas.

2. Puskemas Turen

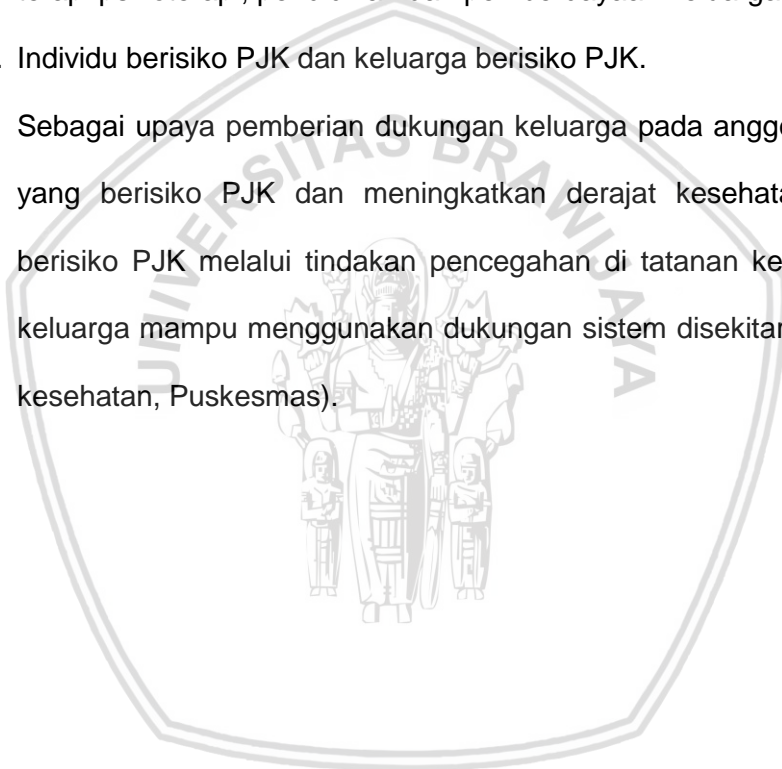
Hasil penelitian ini diharapkan dapat meningkatkan layanan asuhan keperawatan di Puskemas terkait pelaksanaan program pemberantasan penyakit tidak menular khususnya PJK melalui kombinasi intervensi keperawatan.

3. Perawat

Meningkatkan peran perawat dalam upaya pencegahan PJK melalui terapi psikoterapi, pendidikan dan pemberdayaan keluarga.

4. Individu berisiko PJK dan keluarga berisiko PJK.

Sebagai upaya pemberian dukungan keluarga pada anggota keluarga yang berisiko PJK dan meningkatkan derajat kesehatan keluarga berisiko PJK melalui tindakan pencegahan di tatanan keluarga serta keluarga mampu menggunakan dukungan sistem disekitarnya (tenaga kesehatan, Puskesmas).



BAB 2.

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Penyakit Jantung Koroner (PJK)

2.1.1 Pengertian

Penyakit Jantung Koroner (PJK) adalah penyakit yang disebabkan oleh penumpukan plak di arteri jantung sehingga jantung tidak dapat memompa darah ke miokardiom (otot jantung) (Kluwer, 2008). Selain itu juga penyakit arteri koronaria juga sering digunakan untuk PJK karena pada dinding arteri mengalami penumpukan plak sehingga menyebabkan penyakit jantung. Penumpukan plak pada arteri koronaria disebut dengan aterosklerosis koroner (AHA, 2015).

2.1.2 Etiologi

Penyebab atau etiologi dari PJK diakibatkan oleh arterosklerosis dan spasme arteri koroner atau terjadi akibat kombinasi keduanya sehingga terjadi penyempitan di daerah lumen arteri koroner (Kluwer, 2008). Selain itu terdapat faktor predisposisi dari PJK antara lain faktor yang tidak dapat dimodifikasi seperti usia, jenis kelamin, hereditas dan ras. Faktor yang dapat dimodifikasi antara lain hipertensi, hiperlipidemia, merokok, diabetes, obesitas dan diet tinggi lemak jenuh, tidak beraktivitas, pola keperibadian seperti emosional, agresif, ambisius, kompetitif dan stress psikologis yang berlebih (Ridwan, 2009) .

2.1.3 Manifestasi Klinis

Pada seseorang dengan PJK salah satunya mengalami sakit dada dan akan timbul saat melakukan aktivitas fisik dengan lama serangan berlangsung 1-5 menit. Penyebab nyeri dengan derajat yang berbeda, mulai dari rasa tertekan pada dada atas sampai nyeri hebat yang disertai dengan rasa takut atau rasa

akan menjelang ajal, nyeri tersebut juga akan terasa di daerah belakang sternum dan menyebar ke leher, dagu, dan aspek dalam ekstermitas atas, hal tersebut disebabkan oleh iskemia otot pada arteri jantung (Cameron, Jelinek, Kelly, Brown, & Little, 2015)

2.2 Faktor Risiko

2.2.1 Faktor Risiko Tidak Dapat diModifikasi

1. Riwayat keluarga

Riwayat keluarga dengan penyakit jantung menjadi salah satu faktor utama risiko penting terjadinya PJK hal tersebut sudah di lakukan penelitian oleh Alkhawam tahun 2016 menyatakan bahwa 212 pasien dengan PJK rata-rata memiliki riwayat keluarga yang memiliki penyakit jantung sebesar 20% peristiwa.

2. Umur

Seseorang dengan umur meningkat pada usia 55 tahun untuk laki-laki dan 65 untuk perempuan lebih berisiko penyakit jantung hal tersebut berhubungan dengan lamanya terpapar dengan faktor risiko arteriosklerosis (Muttaqin, 2009).

3. Jenis kelamin

Jenis kelamin laki-laki cenderung memiliki risiko penyakit jantung lebih tinggi dari pada perempuan. Penelitian tentang PJK di tahun 2011 ditemukan bahwa 4.418 kasus PJK sebagian besar adalah laki-laki sebesar 67% (Ranjith *et al.*, 2011). Beberapa referensi menyatakan bahwa Jenis kelamin perempuan memiliki risiko PJK lebih tinggi daripada laki-laki. Hal ini disebabkan oleh hormon estrogen pada perempuan yang masih menstruasi. Seiring perkembangan kesehatan, perbandingan kasus serangan jantung antara pria dan perempuan 1:2 (Sumiati *et al*,

2010). Kasus PJK pada perempuan di karenakan masalah reaktivitas sehingga terjadi masalah disfungsi mikrovaskular karena perubahan hormon dan meningkat pada saat menopause, dan hal tersebut menyebabkan iskemik miokard (Shaw, 2009).

2.2.2 Faktor Risiko yang Dapat diModifikasi

1. Hipertensi

Hipertensi atau darah tinggi merupakan salah satu faktor risiko yang dapat di modifikasi. Hipertensi merupakan salah satu faktor yang sering dengan terjadinya PJK. Tekanan darah yang terus menerus akan menyebabkan suplai kebutuhan oksigen ke jantung menjadi meningkat. Penderita hipertensi dari awal harus sudah dapat mendeteksi secara dini sebagai upaya pencegahan awal terjadinya penyakit jantung (Smeltzer & Bare, 2016).

Penelitian di tahun 2015 menyebutkan bahwa seseorang dengan penyakit jantung rata-rata 53% memiliki riwayat penyakit darah tinggi atau hipertensi (Alzo'ubi, Alzu'bi, Banihamad, Al-dhoon & Obeidat, 2015). Di kutip dari pernyataan Djohan tahun 2004 menyatakan juga perempuan di Amerika Serikat yang mengalami PJK sebanyak 25% mengalami penurunan angka kejadian PJK, pernyataan tersebut sudah di cegah dari awal dengan minum obat hipertensi dan pemakain betablocker dan bedah koroner. Oleh sebab itu jika seseorang berisiko PJK salah satu cirinya adalah memiliki hipertensi namun tidak terkontrol dengan minum obat.

2. Merokok

Merokok merupakan salah satu penyebab PJK yang dapat dimodifikasi. Selain itu secara patofisiologi merokok memperburuk arteriosklerosis. Hal tersebut melalui 3 cara yaitu: meningkatkan kadar karbon monoksida (CO). Suplai darah yang mengandung oksigen ke jantung menjadi berkurang,

sehingga jantung bekerja semakin berat hal tersebut dipengaruhi oleh hemoglobin karena hemoglobin memiliki peran yang baik untuk mengikat dan mengangkut oksigen. Cara kedua adalah asam nikotinat pada tembakau memicu pelepasan katekolamin yang menyebabkan vasokonstriksi arteri. Yang terakhir adalah merokok karena dapat meningkatkan adhesi trombosit, sehingga pembentukan trombus mengalami peningkatan (Muttaqin, 2009). Seseorang dengan perokok lebih dari 20 batang perhari akan memiliki risiko PJK 2 sampai 3 kali lipat dibandingkan dengan seseorang yang kurang mengonsumsi rokok kurang dari 20 perhari (Alzo'ubi, Alzu'bi, Banihamad, Al-dhoon, & Obeidat, 2015).

3. Diabetes Melitus

Diabetes melitus terjadi karena resistensi terhadap hormon insulin yang mengontrol penyebaran glukosa ke sel-sel diseluruh tubuh melalui aliran darah. Salah satu yang dapat menyebabkan penyakit diabetes melitus adalah PJK. Diabetes melitus sebenarnya salah satu risiko dari PJK yang dapat menyerang 3 kali lebih banyak dibandingkan seseorang dengan kadar gula darahnya dalam batas normal (Sumiati, *et al.* 2010). Hasil penelitian yang dilakukan pada tahun 2017 terhadap seseorang yang memiliki riwayat penyakit diabetes melitus ternyata 59% mengalami PJK (Hassan *et al.*, 2017).

Berdasarkan penelitian framingham bahwa satu dari dua orang dengan diabetes melitus akan mengalami kerusakan pembuluh darah dan peningkatan risiko serangan jantung. Kadar HBA1C < 6 dengan syarat pasien memiliki riwayat pengobatan teratur, kadar gula puasa < 110 mg/dl atau gula darah 2 jam PP < 135.

4. Dislipidemia

PJK saat ini masih di hubungkan dengan kadar kolestrol dalam darah. Kolestrol ditransformasikan dalam darah di bentuk berupa Lipoprotein densitas rendah (LDL). LDL yang buruk atau rendah dibandingkan dengan lipoprotein densitas tinggi (HDL) dapat mengakibatkan proses oksidasi, LDL mengikat oksigen radikal bebas (ROS) yang dianggap benda asing oleh sel darah putih. Sel darah putih akan mengendapkannya dalam dinding pembuluh darah arteri sehingga terjadi proses aterosklerosis (Cahyono, 2008), Sehingga kadar HDL dalam darah pada laki-laki normal adalah <40 mg/dl dan pada perempuan adalah <45 mg/dl serta trigliserida puasa >150 mg/dl akan menyebabkan penyakit jantung dan pembuluh darah (Grey *et al*, 2002).

Penelitian tentang masalah dengan dislipidemia pada seseorang dengan risiko PJK mengungkapkan bahwa dari 4.418 pasien dengan masalah PJK ternyata 78% mengalami hiperkolesterolemia. Sehingga kesimpulan dari penelitian tersebut bahwa dislipidemia dapat mempengaruhi PJK (Ranjith, Pegoraro, & Zaahl, 2011).

5. Obesitas atau kegemukan

Kegemukan atau obesitas selalu dikaitkan dengan masalah PJK, karena pada faktor risiko ini menjadi satu dengan faktor lain seperti tekanan darah tinggi, kolestrol yang tinggi, susah beraktivitas, pola makan yang tidak benar hingga masalah gula darah. Hal tersebut menjadikan seseorang dalam memiliki tubuh yang ideal dan untuk menghindari kegemukan, salah satu klasifikasi seseorang dikatakan obesitas adalah di ukur dari Indeks Massa Tubuh (IMT) dan lingkar pinggang. Jika $IMT > 30 \text{ kg/m}^2$ maka disebut obesitas dan jika seseorang memiliki lingkar pinggang >90 cm juga disebut obesitas (Muttaqin, 2009).

PJK salah satunya dipengaruhi oleh seseorang dengan IMT $>30 \text{ Kg/m}^2$ hal tersebut pernah dilakukan penelitian bahwa 135 kasus dengan masalah jantung koroner salah satunya terdapat 16,3% seseorang dengan obesitas dan IMT $>30 \text{ Kg/m}^2$, Sedangkan 63,6% memiliki lingkar pinggang $>90 \text{ cm}$ (Bhalli, Kayani, & Samore, 2011).

6. Kurang aktivitas fisik atau olahraga

Aktivitas fisik yang rutin ternyata dapat meningkatnya HDL dalam darah, Salah satu aktivitas fisik dengan berolahraga. Aktivitas fisik secara teratur ternyata dapat meningkatkan metabolisme darah dalam tubuh sehingga dapat meningkatkan efisien kerja jantung, mengurangi nyeri dada, melebarkan pembuluh darah dan menghindari penggumpalan pada darah (Gerry, 2002). Pencegahan sejak dini untuk PJK salah satunya adalah dengan melatih diri untuk selalu melakukan aktivitas fisik setiap hari. Seseorang yang rutin melatih fisik setiap hari akan mengurangi risiko penyakit jantung dan berupaya sedini mungkin untuk melakukan pencegahan PJK.

7. Konsumsi alkohol

Konsumsi alkohol secara terus menerus ternyata dapat meningkatkan PJK. Penyakit jantung khususnya jantung koroner dapat dicegah dengan mengubah pola konsumsi alkohol setidaknya sehari kurang dari 3 kali per unit (WHO, 2007b). Berdasarkan *evidence* semua kasus penyakit kardiovaskuler salah satunya PJK banyak yang meninggal dikarenakan konsumsi alkohol secara rutin setiap hari. Masalah yang bisa menyebabkan dari konsumsi alkohol secara terus menerus adalah masalah fisiologis tubuh seseorang dengan konsumsi alkohol, masalah sosial, dan masalah medis lainnya (Bardach, Caporale, Rubinstein, & Danaei, 2017).

8. Pola Makan

Seseorang dengan risiko PJK harus selalu menjaga pola makannya. Salah satu tindakan seseorang untuk mencegah PJK selalu aktif mengonsumsi makanan berserat dan larut dalam air. Makanan yang banyak mengandung serat dan larut dalam air dapat menurunkan kolesterol dalam tubuh. Serat yang larut dalam air dapat meningkatkan eksresi kolesterol yang dimetabolisme (Smeltzer & Bare, 2016).

Pola gaya hidup seseorang sangat berpengaruh. Karena mulai PJK juga disebabkan dari gaya hidup yang lebih suka makanan berkolesterol asam lemak tak jenuh dan cepat saji. Konsumsi tinggi garam sangat tidak dianjurkan, karena kadar garam yang tinggi akan meningkatkan natrium dalam ginjal dan mengakibatkan penyerapan air yang berlebih dan terakumulasi dalam tubuh sehingga terjadi edema dan kenaikan berat badan serta mengakibatkan masalah jantung salah satunya adalah gagal jantung. Jadi kesimpulannya adalah 90% penyakit degeneratif dan masalah penyakit jantung ternyata disebabkan oleh gaya hidup dan konsumsi makanan yang berlebih serta kontrol diet yang kurang (Ridwan, 2009).

9. Stress

Seseorang dengan tipe kepribadian tertentu dapat memicu terjadinya PJK. Stress yang terus menerus akan meningkatkan ketokolamin dan tekanan darah, sehingga dapat menyebabkan penyempitan pembuluh darah dan menjadikan penyakit arteri koronaria (Sumiati *et al*, 2010). Selain itu stress dapat menyebabkan berbagai masalah antara lain diare, kejang otot, tangan berkeringat, namun kebanyakan orang jika stress lebih memilih mengonsumsi obat-obatan, namun pemberian obat-obatan tidak cukup jika tidak dikendalikan dengan pola hidup seseorang tersebut. Karena stress harus dapat dikendalikan sebaik mungkin (Ridwan, 2009).

Insiden kejadian penyakit jantung ternyata juga dialami seseorang dengan masalah psikososial antara lain stress, depresi, cemas, isolasi sosial, kurangnya dukungan sosial disekitar dan ditempat kerja. Selain itu tipe kepribadian seseorang juga akan mempengaruhi risiko PJK. Tipe kepribadian tipe A lebih berisiko terkena PJK karena pada tipe A ini seseorang akan lebih cenderung memiliki perilaku agresif, sering cemas dan gangguan panik (Rozanski, *et al.*, 2005).

2.3 Perilaku dan Keyakinan Diri

2.3.1 Perilaku

Perilaku adalah suatu interaksi yang berasal dari reaksi seseorang akibat adanya stimulus dari luar dan menghasilkan interaksi antara seseorang dengan lingkungan. Oleh sebab itu, seseorang harus selalu diberikan informasi-informasi terkait kesehatan dengan baik dan benar (Notoatmodjo, 2010).

2.3.2 Klasifikasi Perilaku Kesehatan

Notoatmodjo (2010) menyebutkan seseorang yang berperilaku kearah kesehatan di pengaruhi oleh beberapa faktor antara lain:

1. Perilaku sehat

Perilaku sehat seseorang akan berusaha meningkatkan kesehatannya antara lain dengan cara makan makanan yang berkualitas dan berkuantitas, sering melakukan aktifitas fisik secara rutin minimal 30 menit per hari, menghindari, konsumsi narkoba dan tidak merokok serta konsumsi alkohol, istirahat yang cukup, mampu mengendalikan stress, dan memiliki gaya hidup yang sehat.

2. Perilaku sakit

Seseorang dalam berperilaku sakit akan memilih mencari kesembuhan. Beberapa perilaku yang muncul untuk mencari pengobatan antara lain: tidak ada tindakan untuk mencari kesembuhan, mampu melakukan pengobatan

secara mandiri dan mencari bantuan kesehatan seperti ke puskesmas, rumah sakit atau pelayanan kesehatan lainnya.

3. Perilaku peran orang yang sakit

Seseorang yang sudah terdiagnosis sakit oleh dokter akan mempertahankan dirinya agar tidak jatuh sakit lagi. Salah satunya adalah seseorang dengan PJK yang sudah dirawat di rumah sakit. Peran seseorang yang sakit tersebut akan mempertahankan dirinya agar tetap sembuh dan tidak kembali lagi kerumah sakit. Hal ini dapat dilakukan dengan cara pencegahan setelah sakit.

2.3.3 Domain Perilaku

Domain perilaku menurut Bloom (1908) ahli psikologi pendidikan dalam kutipan Notoatmodjo (2010) menyatakan perilaku dipengaruhi oleh beberapa komponen yaitu: kognitif, afektif dan psikomotor.

1. Pengetahuan

Notoatmodjo (2010) menyatakan dalam bukunya bahwa pengetahuan merupakan hasil dari tahu, dan terjadi setelah melakukan dari pengindraan terhadap suatu objek tertentu. Pengindraan terjadi melalui pancaindra manusia. Pengetahuan ini merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang.

Notoatmodjo (2010) juga menyatakan bahwa pengetahuan sendiri tercakup dalam 6 tingkatan:

1) Tahu

Tahu berarti mengingat kembali suatu objek yang telah dipelajari

2) Memahami

Suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar

3) Aplikasi

Kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau menggunakan suatu materi yang telah dipelajari pada situasi sebenarnya.

4) Analisis

Suatu kegiatan untuk menjabarkan suatu materi kedalam komponen dalam organisasi dan terkait satu sama lain

5) Sintesis

Suatu kemampuan untuk menggabungkan bagian menjadi satu bentuk keseluruhan atau kemampuan menyusun formulasi berdasarkan teori yang ada.

6) Evaluasi

Kemampuan melakukan penilaian terhadap materi berdasarkan kriteria yang ada.

2. Sikap

Notoatmodjo (2010) juga menyatakan bahwa sikap seseorang dipengaruhi beberapa komponen, antara lain:

1) Komponen kognitif

Komponen ini terdiri dari pengetahuan dan keyakinan. Keyakinan seseorang berhubungan dengan persepsi terhadap suatu obyek tertentu.

2) Komponen afektif

Komponen ini terdiri dari rasa senang atau tidak senang. Rasa senang sendiri terbentuk dari sesuatu hal yang positif, sedangkan rasa tidak senang sesuatu hal yang bersifat negatif.

3) Komponen konatif

Komponen ini berkaitan dengan masalah kecenderungan seseorang untuk bertindak terhadap suatu obyek.

3. Tindakan

Menurut Notoatmodjo (2010) juga menyebutkan komponen tindakan dibagi menjadi beberapa tingkatan, antara lain: persepsi, respon terpimpin, mekanisme, dan adopsi. Sedangkan Roger (1974) menyatakan bahwa seseorang dengan bertindak akan mengadopsi perilaku baru, didalamnya terdapat beberapa proses yaitu:

- 1) Kesadaran

Seseorang akan menyadari jika terdapat stimulus obyek baru.

- 2) Merasa tertarik

Dari stimulus baru tersebut seseorang akan tertarik

- 3) Menimbang

Seseorang dengan adanya suatu stimulus akan menimbang dan memilih dari stimulus tersebut ke arah yang baik atau buruk.

- 4) Mencoba

Mencoba terhadap stimulus berupa obyek baru tersebut

- 5) Adopsi

Perilaku baru tersebut sesuai dengan pengetahuan, kesadaran, dan sikapnya terhadap stimulusnya (Notoatmodjo, 2010)

2.3.4 Faktor Penentu Perilaku

Green (1980) menyebutkan kesehatan seseorang dipengaruhi oleh beberapa faktor antara lain faktor perilaku dan di luar perilaku. Sedangkan perilaku sendiri terbagi menjadi 3 faktor, antara lain:

- 1) Faktor predisposisi

Faktor ini terwujudnya perilaku seseorang karena faktor ini penentu terwujudnya pengetahuan dan sikap, tradisi dan kepercayaan dan sistem nilai yang dianut di masyarakat.

2) Faktor pendukung

Faktor ini lebih banyak dukungan dalam bentuk fasilitas, sarana dan prasarana terwujudnya perilaku kesehatan.

3) Faktor pendorong

Faktor ini terbentuk dari dukungan dari perilaku petugas kesehatan, tokoh masyarakat, tokoh agama, termasuk kebijakan dan peraturan pusat dan daerah (Notoatmodjo, 2010).

2.3.5 Domain keyakinan diri

Bandura (1977) menyatakan bahwa keyakinan diri seseorang terbentuk dari rasa percaya terhadap kemampuan yang dimilikinya untuk mencapai suatu tindakan. Keyakinan diri ini juga akan menentukan seseorang merasa berfikir, dan termotivasi untuk bertindak dan berperilaku. Teori keperawatan tentang model promosi kesehatan yang dikembangkan oleh Nola J. Pender menggambarkan bahwa keyakinan seseorang terbentuk dari proses kognitif dalam merubah perilaku. Dengan adanya keyakinan sebagai pusat konstruksi teori keyakinan diri mempengaruhi pengelolaan hambatan dalam bertindak. Dalam teori tersebut juga dipengaruhi oleh pengalaman atau perilaku masa lalu, faktor pribadi dan efek mempengaruhi keyakinan seseorang (Tomey & Alligood, 2006). Sullivan *et al* (1998) menyatakan bahwa keyakinan diri pada pasien jantung menjabarkan tentang kemampuan individu untuk mempertahankan fungsi dan mengontrol gejala penyakit jantung.

Dimensi keyakinan diri menurut Bandura tahun 1997 terdiri dari tiga yaitu:

1) Tingkat

Dimensi ini berfokus pada tingkat kesulitan yang dihadapi oleh seseorang terkait dengan usaha yang dilakukan.

2) Keadaan umum

Dimensi ini berfokus kepada tingkah laku yang diyakini mampu untuk dilakukan.

3) Kekuatan

Fokus dari dimensi ini pada kekuatan sebuah harapan terhadap keyakinan yang dimilikinya.

Selain itu Bandura (1997) menyatakan keyakinan diri juga dipengaruhi oleh beberapa faktor yang dapat diubah, ditingkatkan atau diturunkan antara lain:

1) *Performance Accomplishment*

Faktor ini dalam keyakinan diri seseorang bersifat lebih kuat dari faktor lain karena pada faktor ini berdasarkan pengalaman dimasa lalu berupa prestasi yang didapatkan. Dengan peningkatan prestasi tersebut dapat meningkatkan *efficacy expectation*, dan sebaliknya jika kegagalan yang diperoleh maka akan menurunkan keyakinan diri seseorang/keluarga.

2) *Vicarious Experience*

Pengalaman seseorang diperoleh dari perilaku meniru untuk mendapatkan seperti apa yang di inginkan. Keyakinan diri akan meningkat jika pengamatan yang dilakukan oleh seseorang setara dengan yang dimiliki oleh orang lain. Semakin banyak yang meniru dan memiliki banyak kemiripan maka seseorang tersebut akan berpotensi keyakinan dirinya semakin besar juga.

3) *Verbal Persuasion*

Individu akan mendapatkan pengaruh dalam mengatasi suatu masalahnya. Sehingga dalam hal ini dipengaruhi oleh tindakan berupa *verbal*

persuasion. Pada faktor ini seseorang atau keluarga lebih berfokus kepada tindakan.

4) *Emotional States*

Faktor ini lebih ke faktor perasaan dalam mempengaruhi keyakinan diri seseorang. Dalam hal ini emosi memiliki makna yang sangat kuat seperti gembira, cemas dan lain-lain. Sehingga emosi tersebut dapat meningkatkan keyakinan diri pada seseorang atau keluarga dan dapat juga menurunkan keyakinan diri pada seseorang atau keluarga.

Penelitian tentang keyakinan diri pada penyakit jantung dilakukan oleh Allahverdipour, Asghari Jafarabadi, Heshmati and Hashemiparast (2013) menyatakan bahwa faktor seseorang dengan PJK antara lain status fungsi kesehatan, kecemasan, keyakinan diri terhadap masalah jantung, serta kepercayaan terhadap sehat. Dari beberapa faktor tersebut ternyata faktor yang dominan adalah masalah keyakinan diri terhadap masalah jantung, Sehingga faktor psikologis lebih penting dalam peran fungsi status kesehatan dan kualitas hidup pasien dengan PJK. Penelitian di tahun 2017 tentang keyakinan diri pasien yang akan dilakukan bedah *baypss* arteri koronaria juga memiliki keyakinan positif dalam menghadapi bedah *baypss* arteri koronaria setelah diberikan pendidikan kesehatan antar teman sebaya (Varaei *et al*, 2017)

2.4 Pencegahan PJK

Upaya pencegahan yang dapat dilakukan pada kelompok berisiko adalah dengan pencegahan primer. Salah satu upaya untuk mengendalikan faktor risiko PJK dengan mengikuti program dari kementerian kesehatan tahun 2011 tentang pencegahan primer pada kelompok risiko PJK.

Nueman (2002) menyatakan pencegahan primer dapat dilakukan ketika stressor atau tekanan teridentifikasi, Namun reaksi belum terjadi tetapi tingkat

risiko sudah diketahui. Teori Nueman berfokus kepada garis pertahanan normal, fleksibel dan resisten. Pada garis tersebut perlu diberikan intervensi yang tepat untuk mengurangi stressor dari individu/keluarga, atau dalam hal ini menguatkan garis pertahanan fleksibel untuk mengurangi reaksi (Tomey & Alligood, 2006).

Pencegahan sebelum terjadinya gejala awal tersebut berupa pencegahan primer, sehingga intervensi yang dapat diberikan salah satunya adalah pendidikan kesehatan, merubah gaya hidup seperti menurunkan berat badan, mengatur pola makan dengan diet rendah lemak secara rutin, menghentikan merokok, mengatasi stress, aktivitas fisik atau olahraga secara rutin, menghentikan merokok, mengatasi stress, aktivitas fisik atau olahraga secara rutin. Pengendalian faktor risiko dengan mengontrol tekanan darah, mengontrol lemak darah, mengontrol gula darah pada pasien diabetes melitus, serta melakukan skrining pada keluarga dengan riwayat penyakit jantung, serangan jantung usia dini laki-laki <55 tahun dan perempuan <65 tahun, individu yang memiliki riwayat keluarga dislipidemia dan Diabetes melitus (Sumiati *et al.*, 2010).

2.5 Pendidikan Kesehatan

2.5.1 Definisi Pendidikan Kesehatan

Pendidikan kesehatan adalah upaya yang dapat diberikan kepada individu, keluarga dan kelompok dalam upaya untuk merubah perilaku tersebut, fokus pendidikan kesehatan tidak fokus hanya pada peningkatan pengetahuan tetapi juga adanya peningkatan sikap dan perilaku. Pendidikan kesehatan sebenarnya bagian dari promosi kesehatan yang didalamnya terdapat proses untuk meningkatkan kemampuan masyarakat dalam memelihara kesehatannya. Jika pendidikan kesehatan berfokus kepada pengetahuan, sikap dan perilaku maka promosi kesehatan lebih kearah seseorang, keluarga atau kelompok dapat

meningkatkan dan memperbaiki dalam memelihara kesehatan (Notoatmodjo, 2010).

Fokus tujuan utama dari promosi kesehatan adalah adanya upaya pemberdayaan pada individu, keluarga atau kelompok sehingga mampu memelihara dan meningkatkan kesehatannya sendiri. untuk hal tersebut harus menumbuhkan dan mengembangkan perilaku positif (Notoatmodjo, 2010).

2.5.2 Psikoedukasi Keluarga

Nelson-Jones (1982) menyebutkan terdapat enam pengertian psikoedukasi antara lain: suatu pendidikan yang melatih dan mempelajari tentang ketrampilan hidup, pendekatan akademik atau eksperensial dalam mengajarkan psikologi, pendidikan humanistik, melatih tenaga profesional dalam bidang ketrampilan konseling, pelayanan pada masyarakat dan memberikan pendidikan tentang psikologi kepada masyarakat (Supratiknya, 2008). Sasaran intervensi psikoedukasi salah satunya adalah pada keluarga. Terapi psikoedukasi keluarga merupakan bentuk intervensi keperawatan jiwa pada keluarga dengan pendidikan kesehatan dengan metode komunikasi terapeutik antara terapis dan keluarga, pendekatan program terapi ini bersifat edukasi dan pragmatik (Stuart & Laraia, 2013).

Berkembangnya psikoedukasi salah satunya adalah kurangnya tenaga konselor, dapat memberikan pelayanan psikologis terhadap kelompok masyarakat secara luas dan tumbuhnya kesadaran tentang perlunya pemberian layanan pencegahan (Supratiknya, 2008). Psikoedukasi juga dapat digunakan untuk sasaran keluarga, sehingga perkembangan terapi psikoedukasi saat ini kearah pemberdayaan kepada keluarga. Tujuan dari psikoedukasi keluarga adalah sebagai pemberian informasi antara perawat dengan anggota keluarga yang mengalami masalah kesehatan jiwa (Varcarolis, 2010). Levine 2002 menyebutkan bahwa psikoedukasi keluarga masih di kembangkan pada keluarga

dengan masalah psikososial dan gangguan jiwa, sehingga indikasi psikoedukasi keluarga saat ini berfokus kepada masalah psikososial dan gangguan jiwa.

Psikoedukasi keluarga dapat disimpulkan bahwa suatu terapi modalitas berupa pemberian informasi dan melatih keterampilan kepada individu atau keluarga dengan cara komunikasi terapeutik. Informasi yang diberikan pada penelitian ini adalah tentang risiko keluarga dengan PJK sedangkan ketrampilan dalam bentuk merubah gaya hidup yang mempengaruhi risiko penyakit jantung kepada keluarga.

Metode psikoedukasi terdapat delapan cara antara lain metode latihan gugus tugas, diskusi kasus, simulasi, latihan bermain peran, diskusi kelompok, latihan individu, presentasi dan *modelling* perilaku (Supratiknya, 2008). Namun pada penelitian kali ini berfokus kepada kegiatan diskusi kelompok salah satunya adalah diskusi dengan keluarga yang memiliki risiko PJK. Tujuan dari pemilihan diskusi kelompok ini memberikan kepada seluruh peserta hal ini adalah anggota keluarga untuk saling mengungkapkan dan bertukar gagasan tentang masalah risiko PJK.

Psikoedukasi keluarga dirancang untuk memberikan pendidikan dan dukungan serta pemberdayaan dalam keluarga tersebut. Program psikoedukasi dikembangkan untuk keluarga dengan gangguan jiwa, sedangkan *National Alliance for the Mentally Ill* (NAMI) menyebutkan tujuan dari psikoedukasi keluarga adalah memberikan informasi melalui peningkatan kemampuan anggota keluarga, mengurangi kekambuhan, dan meningkatkan fungsi klien dan keluarga. Sehingga tujuan tersebut dapat dilakukan dengan pemberian pendidikan kepada keluarga tentang mengenal penyakit, membantu dan mengajari keluarga mengatasi perubahan perilaku anggota keluarga yang berisiko serta menguatkan dukungan keluarga (Stuart & Laria, 2013).

Sesi dalam psikoedukasi sudah dikembangkan oleh Valiee, *et al* (2017) tentang penelitian pengaruh psikoedukasi terhadap kesehatan jiwa klien dengan PJK membagi sesi psikoedukasi menjadi 8 sesi. Antara lain:

1) Sesi I

Memperkenalkan program dan prosedur program kepada klien atau responden dan menggali masalah yang terjadi selama responden di diagnosis PJK.

2) Sesi II

Pada sesi ini berfokus terhadap pengenalan PJK, pencegahan terhadap PJK serta intervensi dan pengobatan tentang PJK.

3) Sesi III

Melatih kemampuan koping terhadap kecemasan pada responden. Pada sesi ini juga diajarkan manajemen kecemasan untuk klien dengan PJK.

4) Sesi IV

Terapis mengajarkan manajemen marah dan memberikan informasi terkait marah dan penyebab marah. Selain itu pada sesi ini juga klien di latih manajemen marah dari terapis.

5) Sesi V

Sesi ini memfokuskan masalah dan pemecahannya jika terjadi masalah cemas dan marah pada klien dengan PJK. Pada sesi ini klien juga diajarkan untuk dapat mengidentifikasi masalahnya dan menggunakan pemecahan masalah yang sudah diajarkan di sesi sebelumnya.

6) Sesi VI

Melatih kemampuan klien jika mengalami masalah depresi dan menentukan pemecahan masalah jika klien mengalami depresi.

7) Sesi VII

Pada sesi ini terapis mengajarkan latihan relaksasi yang berfokus kepada lingkungan disekitarnya.

8) Sesi VIII

Pada sesi terakhir ini terapis menyimpulkan dan mengevaluasi kegiatan program tersebut serta melakukan rencana tindak lanjut dari program yang sudah di berikan oleh terapis.

Penelitian yang dilakukan oleh rahmnia *et al* (2015) tentang psikoedukasi keluarga pada keluarga dengan masalah skizofrenia menggunakan 8 sesi dalam program intervensinya yang meliputi sesi (1) masalah yang dihadapi keluarga ketika merawat anggota keluarga dengan skizofrenia, sesi (2) pengetahuan tentang gangguan skizofrenis, sesi (3) tentang masalah beban keluarga dalam merawat anggota keluarga yang mengalami skizofrenia, sesi (4) tentang terapi modalitas, sesi 5 tentang manajemen keluarga terkait merubah perilaku keluarga, sesi 6 tentang merubah stigma terhadap anggota keluarga dengan skizofrenia, sesi 7 tentang pemberdayaan keluarga terhadap dukungan sistem di masyarakat dan sesi 8 adalah kesimpulan serta rencana tindak lanjut dari program tersebut.

Penelitian kali ini menggunakan intervensi psikoedukasi keluarga terhadap pengetahuan, sikap, tindakan dan keyakinan diri dalam pencegahan PJK pada keluarga berisiko. Metode yang digunakan salah satunya adalah diskusi kasus dengan keluarga tentang masalah yang dihadapi keluarga terutama anggota keluarganya yang berisiko PJK. Psikoedukasi kali ini dilakukan dengan modifikasi peneliti yang berhubungan dengan keluarga berisiko PJK selama 4 sesi dengan media yang digunakan adalah modul dan waktu setiap sesinya adalah antara 45-60 menit. Sesi-sesi dari setiap kegiatan sebagai berikut:

1. Sesi 1. Keluarga mengenal masalah kesehatan keluarga dalam mencegah PJK
2. Sesi 2. Manajemen stress keluarga dalam merawat anggota keluarga berisiko PJK
3. Sesi 3. Manajemen beban keluarga dalam merawat anggota keluarga berisiko PJK
4. Sesi 4. Pemberdayaan keluarga berisiko dalam mencegah PJK dikomunitas

Evaluasi intervensi psikoedukasi keluarga dapat dilakukan dengan cara mengevaluasi tujuan intervensi psikoedukasi kepada peserta berdasarkan informasi yang benar, memberikan umpan balik pada peserta setelah diberikan psikoedukasi, khususnya dalam modul-modul selanjutnya dan meyakinkan bukti-bukti bahwa intervensi psikoedukasi sungguh-sungguh bermanfaat untuk mencapai suatu tujuan (Supatiknya, 2008). Sehingga dalam penelitian kali ini bentuk evaluasi dalam bentuk curah pendapat dan mengisi buku kerja tentang psikeodukasi keluarga dengan anggota keluarga berisiko PJK.

Psikoedukasi keluarga didalamnya terdapat pemberdayaan, Rappaport (1987) menyatakan bahwa pemberdayaan adalah suatu proses, mekanisme seseorang atau masyarakat untuk mendapatkan hak dan urusan mereka. Hal ini jika di hubungkan dengan pemberdayaan pada individu atau keluarga dengan masalah kesehatan diharapkan mampu mengatur secara mandiri, memanajemen diri yang benar dan keyakinan diri untuk mencapai kesehatan yang maksimal. Pemberdayaan dapat diartikan sebagai gambaran suatu proses yang didalamnya terdapat intervensi pendidikan sehingga individu atau keluarga dapat meningkatkan kemampuan berfikir kritis dan bertindak secara mandiri sehingga dapat meningkatkan rasa percaya diri dan keyakinan diri yang baik (Anderson & Funnell, 2010).

Tahapan dari psikoedukasi salah satunya adalah dengan pendekatan stress, mekanisme koping serta pemberdayaan (Dixon, Adams, & Lucksted, 2000) Pemberdayaan keluarga sangat efektif dengan penekanan pada peran individu atau keluarga. Pemberdayaan keluarga berfokus kepada tiga dimensi dan psikologis antara lain *self esteem*, *self control* dan *self efficacy* selain itu juga berhubungan dengan masalah pengetahuan, sikap dan ancaman yang dirasakan (Alhany, 2004). Pemberdayaan pada keluarga dapat diberikan dengan intervensi pendidikan pemberdayaan. Pendidikan pemberdayaan adalah bentuk pendidikan kesehatan berfokus kepada klien atau keluarga. Selain itu pemberdayaan juga berfokus kepada perawatan kolaboratif antara pelayanan kesehatan dan membantu keluarga untuk mengambil suatu keputusan (Bodenheimer, 2006). Pendidikan kesehatan yang diberikan kepada keluarga berisiko PJK dengan meningkatkan keyakinan diri pada keluarga, seperti kemampuan mengambil keputusan dalam pencegahan, perawatan diri yang benar dan datang ke pelayanan kesehatan jika terjadi masalah kesehatan jantung.

Tahapan dari pemberdayaan ini adalah masyarakat mampu mandiri sehingga kapasitas diri masyarakat harus sejak dini disadarkan melalui pendidikan pemberdayaan. Tahapan wawasan pengetahuan, kecakapan keterampilan akan memberikan wawasan dan tahapan intelektual, sehingga ketrampilan dan kemampuan inovatif dapat menghantarkan kepada kemandirian (Ambar, 2004).

2.6 Keluarga Berisiko

2.6.1 Konsep Keluarga

Friedman (2010) dalam bukunya keperawatan keluarga menyatakan bahwa keluarga adalah unit terkecil yang terdiri dari dua atau lebih individu yang tergabung karena ikatan tertentu untuk saling membagi pengalaman dan

melakukan pendekatan emosional, serta mengidentifikasi diri mereka sebagai bagian dari keluarga. Hanson (2005) menyatakan bahwa indikator dari keluarga sehat adalah dimana keluarga yang dinamis mampu mengatasi masalah biologis, psikologis, spiritual, sosial dan budaya dalam anggota keluarga serta keseluruhan dari sistem keluarga tersebut (Kaakinen, Gedaly-Duff, Coehlo, & Hanson, 2010).

2.6.2 Fungsi Keluarga

Fungsi keluarga menurut Friedman (2010) menyatakan bahwa fungsi keluarga terbagi menjadi fungsi efektif, fungsi sosialisasi, fungsi reproduksi, fungsi ekonomi dan fungsi keperawatan kesehatan. Pada fungsi keperawatan kesehatan keluarga harus mampu memelihara kesehatan yang dapat dilihat dari 5 tugas kesehatan keluarga antara lain: keluarga mampu mengenal masalah, keluarga mampu mengambil keputusan, keluarga mampu merawat anggota keluarga yang mengalami masalah kesehatan, memodifikasi lingkungan dan menciptakan suasana rumah yang sehat dan keluarga mampu memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan yang tepat.

2.6.3 Asuhan keperawatan berpusat pada keluarga (*Family centered nursing*)

Intervensi pemberdayaan keluarga dapat dipandang sebagai suatu proses memandirikan klien dalam mengontrol masalah kesehatannya, makna dari pemberdayaan keluarga sebenarnya lebih kearah memandirikan keluarga dalam mengatasi masalah kesehatan keluarganya dengan cara mengontrol status kesehatan keluarga, meningkatkan kesanggupan keluarga melakukan fungsi dan tugas keluarga. Efektifnya pemberdayaan keluarga berdasarkan model dapat dijadikan pedoman dalam pelayanan keperawatan. Model yang tepat sesuai dengan pemberdayaan keluarga adalah *family-centered nursing*.

Family-Centered Nursing menurut Friedman (2010) adalah kemampuan yang dimiliki perawat dalam memberikan asuhan keperawatan keluarga,

sehingga keluarga mampu mandiri dan mampu mengatasi masalah kesehatan (*family centered*/ berorientasi pada keluarga). Selain adanya pemberdayaan keluarga diharapkan mampu meningkatkan coping keluarga tersebut pada PJK sehingga keyakinan diri untuk mencegah PJK akan menjadi lebih baik.

Mengacu pada konsep tersebut pada penelitian kali ini keluarga berisiko penyakit jantung koroner harus mampu memperdayakan anggota keluarga yang berisiko PJK. Salah satu upaya yang dapat dilakukan dengan cara pemberian intervensi keperawatan berupa psikoedukasi keluarga melalui pemberdayaan keluarga dengan pendekatan *family-centered nursing*. Sehingga harapannya keluarga nanti mampu memberikan perawatan secara mandiri kepada anggota keluarga yang berisiko penyakit jantung koroner sesuai dengan fungsi keperawatan kesehatan keluarga yang terdiri dari 5 tugas kesehatan keluarga.

2.7 Pendekatan Model Nueman Dalam Pencegahan PJK Pada Keluarga Berisiko

Pendekatan model sistem Nueman adalah suatu model dengan pendekatan secara utuh dan menyeluruh pada sistem manusia. Kerangka kerja dari sistem model Nueman ini berdasarkan kerangka kerja sistem adaptasi. Sehingga pendekatan teorinya adalah holistik dan total. Model kekuatan teori ini adalah ditetapkannya suatu garis pertahanan dari setiap sistem dengan pendekatan pencegahan penyakit, pendidikan kesehatan dan kesejahteraan dengan manajemen sehat dan sakit (Tomey & Alligood, 2006).

Kurangnya pengetahuan pada keluarga berisiko PJK serta ketidakmampuan mencegah faktor risiko PJK tersebut menjadi stressor yang dapat mempengaruhi stabilitas kesehatan. PJK dan faktor risikonya dapat menghancurkan garis pertahanan fleksibel dan normal sehingga menyebabkan instabilitas sistem (Dalusung, 2010).

Model sistem Neuman dalam Tomey & Alligood (2006) tersebut dapat diberikan dengan pemberian intervensi. Tindakan intervensi ini bertujuan untuk membantu klien mempertahankan, mencapai, atau mendapatkan stabilitas sistem. Hal ini terjadi sebelum atau sesudah garis perlindungan pertahanan. Nueman sendiri memulai adanya intervensi ketika seseorang atau keluarga mengalami adanya stressor atau sebelum adanya stressor. Intervensi berdasarkan pada tingkat aktual, kemampuan, tujuan dan hasil. Nueman mengidentifikasi tiga tingkatan pencegahan yaitu:

1. Pencegahan primer

Pencegahan ini jika dicurigai adanya stressor. Reaksi belum terjadi, namun tingkat risiko sudah diketahui. Upaya perawat adalah memperkuat garis pertahanan fleksibel pertahanan individu untuk mengurangi kemungkinan reaksi.

2. Pencegahan sekunder

Pada tahapan ini mulai melibatkan intervensi untuk mengurangi gejala stressor yang timbul dari internal dan eksternal sehingga memperkuat garis perlawanan internal, mengurangi reaksi dan meningkatkan faktor perlawanan.

3. Pencegahan tersier

Pada tahapan ini berfokus pada penyesuaian terhadap stabilitas sistem klien yang optimal, sehingga memperkuat resistensi terhadap stressor dan membantu mencegah terulangnya reaksi. Pada kasus penelitian ini berfokus kepada keluarga berisiko dalam perilaku dan keyakinan diri mencegah PJK dengan intervensi psikoedukasi keluarga dan pemberdayaan keluarga. Penelitian ini menggunakan aplikasi teori model sistem Neuman karena berfokus pada pencegahan primer sehingga pencegahannya menggunakan pendidikan kesehatan dan pencegahan risiko agar tidak timbul PJK pada keluarga.

2.8 Mapping Penelitian

2.1 Tabel Mapping Penelitian

No	Penulis dan judul penelitian	Tujuan	Variabel yang diteliti	Metodologi	Hasil dan simpulan
1.	Penulis Hamid, A., (2013) Judul penelitian <i>Functional status, Anxiety, Cardiac self-efficacy, and Health Beliefs of Patients with Coronary Heart Disease</i>	Tujuan Mengetahui gambaran kecemasan, satatus ,keyakinan diri dan percaya kepada sehat status fungsi pasien dengan riwayat PJK	Variabel independet Status fungsi, kecemasan, keyakinan pada penyakit jantung dan kepercayaan sehat pada pasien PJK Variabel dependen Pasien dengan PJK	Desain penelitian Diskriptif korelasi Sampel 105 responden dengan riwayat PJK Tempat Tehran negara Iran Metode Membagikan kuesioner tentang <i>health beliefs</i> yang dibagikan kepada responden yang memiliki riwayat penyakit jantung koroner	Hasil Status fungsional pada pasien jantung koroner hasilnya sangat signifikan pada jenis kelamin laki-laki, pekerja dan masalah asuransi kesehatan sebesar ($P=0,05$) sedangkan kegelisahn memiliki hubungan yang sangat signifikan pada serangan jantung yaitu ($P=0,05$) sebaliknya keyakinan diri memiliki nilai $P,0,001$ dan memiliki hubungan positif dengan status fungsional Simpulan Faktor psikologis memiliki peran penting pada status fungsi dan kualitas hidup pada seseorang dengan PJK
2.	Penulis Zahra B., Muhammad Aghajani, and Negin M., A. (2016) Judul Penelitian <i>Effects of psychoeducation on mental health in patients with coronary heart disease</i>	Tujuan Mengevaluasi intervensi psikoedukasi terhadap setatus kesehatan jiwa pada pasien penykit jantung koroner	Variabel independet Psikoedukasi Variabel dependen Kesehatan jiwa pada pasien PJK	Desain penelitian <i>Quasi experimant</i> dengan dua kelompok intervensi dan kelompok kontrol dan diberikan dalam 8 sesi pertemuan pada kelompok intervensi psikoedukasi Sampel 70 sampel dengan sistem random sampling pada	Hasil Terdapat pengaruh ada kelompok intervensi psikoedukasi sebesar ($P=0,000$) dan tidak ada pengaruh pada kelompok kontrol ($P=0,07$) Simpulan Psikoedukasi dapat meningkatkan kesehatan jiwa pada pasien dengan PJK

				pasien PJK Tempat Iran Metode <i>Pretest</i> dan <i>posttest</i> pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol dengan menggunakan alat ukur <i>the Goldberg health questionnaire</i>	
3.	Penulis Jin-Hee, Seung- Jea, Sun Hyoung, Young-Juang (2013). Judul penelitian <i>Effects of a psychoeducatioanal intervention for secondary prevention in Korean pastients with Coronary artery Disease</i>	Tujuan Menganalisis pengaruh psikoedukasi terhadap pencegahan sekunder pada pasien dengan PJK	Variabel independen Psikoedukasi Variabel dependet Pencegahan sekunder pada pasien PJK	Desain penelitian <i>Quasi experimant</i> dengan perlakuan pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol Sampel 63 pasien dengn diagnosa PJK Tempat Korea Metode pemberian <i>pretest</i> dan <i>posttest</i> pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol dan alat ukur yang digunakan adalah <i>the seattle angina questionnaire korean</i> dan <i>anxiety and depression scale</i>	Hasil Kelompok intervensi memiliki fungsi fisik jauh lebih baik dan kecemasan depresi yang rendah. Perlakuan pengobatan secara signifikan lebih tinggi pada kelompok intervensi di bandingkan kelompok kontrol. Kesimpulanya tidak ada perbedaan yang signifikan pada kejadian kekambuhan berulang antara kelompok kontrol dan intervensi
4.	Penulis Janey, C., <i>et al</i> (2013) Judul penelitian	Tujuan Mengidentifikasi pengaruh <i>self-</i>	Variabel independen <i>Self-management</i>	Desain penelitian <i>kohort</i> Sampel	Hasil Dengan membaca buku mereka yang mereka buat dapat memperkuat

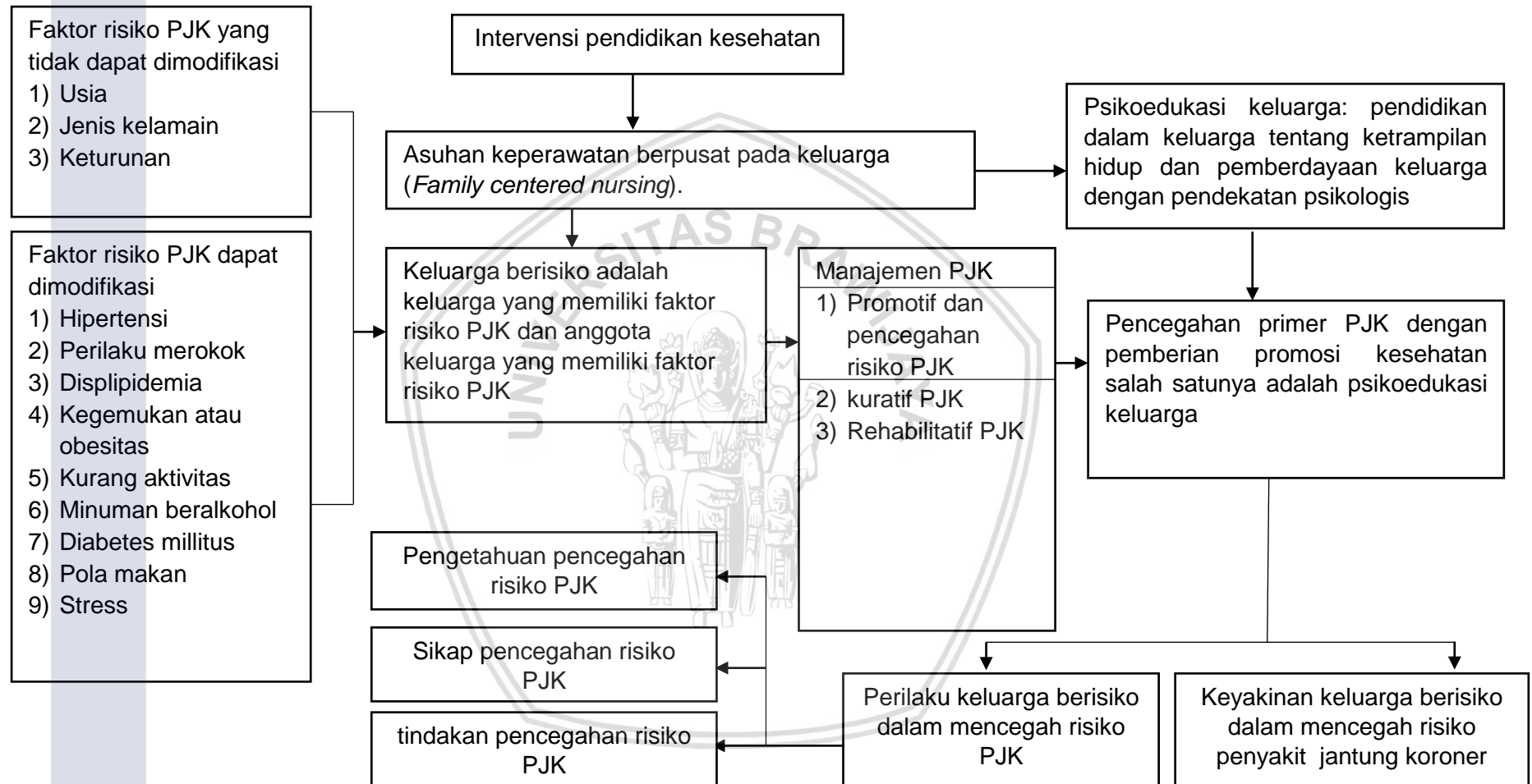
	<i>Developing self-management education in coronary artery disease</i>	<i>management education pada pasien dengan penyakit arteri koroner</i>	Variabel dependen Penyakit arteri koroner	225 responden dengan penyakit arteri koroner Tempat Amerika Serikat Metode Melakukan wawancara dengan metode teori <i>ground</i> dan <i>kohort</i> untuk mengidentifikasi kebutuhan dan persepsi, kedua mengembangkan buku kerja dan 225 orang dengan penyakit arteri koroner menggunakan buku kerja tersebut, dan 12 bulan dilakukan evaluasi	keyakinan diri pada seseorang dengan penyakit arteri koronaria. Dan yang tidak membaca buku mereka tidak meyakinkan diri mereka untuk sembuh terhadap penyakit arteri koronaria (P=0,09) Kesimpulan Dengan membaca buku dapat memperkuat dirinya untuk mencegah penyakit arteri koronaria
5.	Penulis Younhee K., <i>et al</i> (2010) Judul <i>Correlates of Health Behaviors in Patients With Coronary Artert Disease</i>	Tujuan Menginvestigasi efektifitas pengetahuan, keyakinan dan perilaku sehat pada pasien arterio koronari	Variabel independen Perilaku pasien penyakit arteri koronaria Variabel dependen Pengetahuan, keyakinan diri dan perilaku sehat	Desain penelitian Diskripsi korelasi Sampel 157 responden pasien dengan penyakit arteri koroner Tempat korea Metode Dengan membagikan kuesioner pada responden dan alat ukurnya adalah <i>Cardiac Self-Efficacy Scale, and Health-Promoting Lifestyle Profile II</i> .	Hasil Pengetahuan masalah jantung relatif rendah, keyakinan diri masalah jantung cukup tinggi, dan perilaku kesehatan sedang. Dengan nilai (P=0,001) Simpulan Keyakinan diri seseorang terhadap penyakit jantung menjadi faktor yang paling utama

6.	<p>Penulis Shokoh., V., et al (2014)</p> <p>Judul penelitian <i>Effects of a peer education on cardiac self-efficacy and readmissions in patients undergoing coronary artery bypass graft surgery: a randomized-controlled trial</i></p>	<p>Tujuan Mengetahui pengaruh pendidikan sebaya tentang <i>self-efficacy</i> jantung (CSE) dan penerimaan kembali pasien yang menjalani operasi bypass</p>	<p>Variabel independen <i>Peer education</i></p> <p>Variabel dependen <i>Self efficacy</i> jantung dan penerimaan pasien yang menjalani operasi bypass</p>	<p>Desain penelitian <i>Control randomize</i></p> <p>Sampel 60 responden yang menjalani operasi bypass pada penyakit jantung</p> <p>Tempat Iran</p> <p>Metode Dengan membandingkan 2 kelompok kontrol dan intervensi yang di beri <i>pretest</i> dan <i>posttest</i> dan alat ukur yang di gunakan adalah <i>cardiac self efficacy scale</i></p>	<p>Hasil Pada kelompok intervensi berbeda secara signifikan dari jumlah yang sesuai pada kelompok kontrol dengan ($P=0,001$)</p> <p>Kesimpulan Implementasi <i>peer education</i> memiliki efek positif pada pasien yang menjalani bedah jantung <i>bypass</i></p>
7.	<p>Penulis Solmaz A., Maryam S., Jafar S., (2011)</p> <p>Judul Penelitian <i>Effects of lifestyle modification program in reduction of risk factors in patients with coronary heart disease</i></p>	<p>Tujuan Mengetahui dan menganalisis intervensi modifikasi perilaku terhadap penurunan faktor risiko PJK</p>	<p>Variabel independen Intervensi modifikasi perilaku</p> <p>Variabel dependen Program penurunan faktor risiko PJK</p>	<p>Desain penelitian <i>Quasi experiment</i></p> <p>Sampel 50 kelompok intervensi dan 50 kelompok kontrol</p> <p>Tempat Iran</p> <p>Metode Membandingkan antara <i>pretest</i> dan <i>posttest</i> antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol dengan mengukur perilaku merokok, tekanan darah, nadi, lipid dalam darah, <i>body mass index</i>, dan <i>wait hip ratio (WHR)</i>.</p>	<p>Hasil Hasil yang sangat signifikan adalah pada WHR dari faktor risiko penyakit jantung yang lainnya</p> <p>Simpulan Program pendidikan kesehatan dengan memodifikasi perilaku dapat mengurangi tanda gejala PJK</p>

8.	<p>Penulis Sina Valiee, et al (2016)</p> <p>Judul penelitian <i>Effectiveness of a psychoeducation program on the quality of life in patients with coronary heart disease: A clinical trial</i></p>	<p>Tujuan Mengetahui efektivitas psikoedukasi terhadap kualitas hidup pasien PJK</p>	<p>Variabel independen Program psikoedukasi</p> <p>Variabel dependen Kualitas hidup pasien dengan PJK</p>	<p>Desain penelitian <i>Pretest and posttest controlled clinica trial</i></p> <p>Sampel 70 responden dengan PJK</p> <p>Tempat Iran</p> <p>Metode <i>Pretest and posttest controlled clinical trial</i> dengn sampel secara acak dan menggunakan alat ukur <i>The macnew quality of Life questionnaire in heart disease</i></p>	<p>Hasil Terjadi perubahan kualitas hidup pada pasien dengan PJK setelah diberikan program psikoedukasi dengan nilai (P=0.05)</p> <p>Simpulan Program psikoedukasi mampu membantu kualitas hidup pasein dengan PJK.</p>
9.	<p>Penulis Luis Maria R., T., Gabriel Di Diuseppe, Francesco Napolitano and Italo F. A (2014)</p> <p>Judul Penelitian <i>Cardiovascular Diseases and Women: Knowledge, Attitudes, and Behavior in the General Population in Italy</i></p>	<p>Tujuan Mengetahui pengetahuan,sikap, dan perilaku wanita mengenai penyakit jantung</p>	<p>Variabel Independen Pengetahuan,sikap dan perilaku</p> <p>Variabel Dependen Penyakit jantung</p>	<p>Desain penelitian Survai <i>cross-sectional</i> secara acak</p> <p>Sampel 830 wanita yang pernah mendengar masalah penyakit jantung</p> <p>Tempat Italia</p> <p>Metode Membagikan kuesioner tentang pengetahuan, sikap dan perilaku penyakit jantung ke seluruh wanita yang pernah mendengarkan atau mengetahui masalah penyakit jantung</p>	<p>Hasil 89,4% dan 74,7% mengidentifikasi penyebab penyakit jantung adalah masalah merokok. dan nilai yang signifikan pada responden yang berpendidikan rendah, banyak anak yang menggap bahwa dirinya dalam mencegah penyakit jantung lebih buruk.</p> <p>Wanita dengan dua atau tiga anak atau lebih berisiko tinggi 49% dan 56% lebih rendah dari wanita dengan satu anak terhadap penyakit jantung</p> <p>Simpulan Program pendidikan dibutuhkan di kalangan perempuan sebagai dukungan untuk meningkatkan</p>

				pengetahuan dan perilaku yang sesuai tentang penyakit jantung.
<p>10. Penulis Neda Sanaie, Fatemeh Bahramnezhad, Mitra Zolfaghari, and Fatemeh Alhani (2016)</p> <p>Judul penelitian <i>The Effect of Family-Centered Empowerment Model on Treatment Plans Adherence of Patients Undergoing Coronary Artery Bypass Graft</i></p>	<p>Tujuan Mengetahui pengaruh model pemberdayaan keluarga berpusat pada kepatuhan pasien menjalani <i>Coronary Artery Bypass Graft</i> (CABG) untuk rencana perawatan</p>	<p>Variabel Independen <i>Family centered empowerment model</i></p> <p>Variabel dependen <i>Patients Undergoing Coronary Artery Bypass Graft</i></p>	<p>Desain penelitian <i>Quasi-experimental study</i></p> <p>Sampel 120 pasien dan anggota keluarga yang aktif dan mengamai hospitalisasi di ruang ICU</p> <p>Tempat Iran</p> <p>Metode Pemberian <i>pretest</i> dan <i>posttest</i> pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol namun pada kelompok kontrol diberikan intervensi perawatan umum saja, <i>questionnaire for evaluating adherence of the patients under CABG Surgery to treatment plans,</i></p>	<p>Hasil ada perbedaan yang signifikan berdasarkan hasil uji coba independen dalam hal nilai rata-rata kepatuhan terhadap rencana perawatan dengan nilai ($P=0.000$). Sebelum dan sesudah intervensi, perbedaan yang signifikan diamati pada kelompok eksperimen dengan nilai rata-rata ($P=0,000$)</p> <p>Simpulan model pemberdayaan yang berpusat pada keluarga lebih praktis dan layak dilakukan pasien di bawah CABG, dan memberikan perbaikan atau koreksi kepatuhan terhadap rencana perawatan.</p>

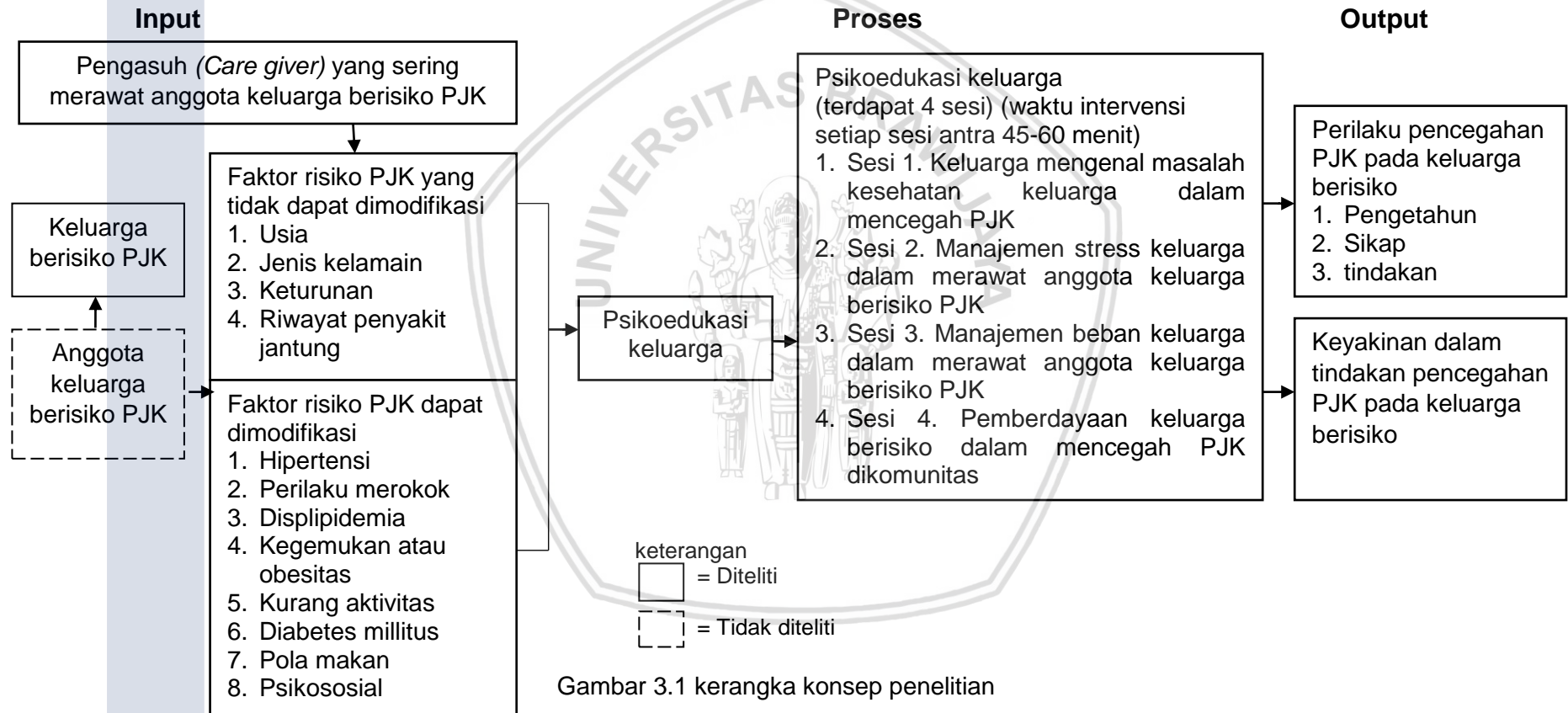
2.9 Kerangka Teori



Gambar 2.1 Kerangka teori pengetahuan, sikap, tindakan dan keyakinan diri keluarga berisiko dalam mencegah risiko PJK melalui psikoedukasi keluarga

BAB 3. KERANGKA KONSEP

3.1 Kerangka Konsep



Penjelasan Kerangka Konsep

Keluarga berisiko adalah keluarga yang memiliki anggota keluarga dengan faktor risiko PJK. Faktor tersebut terbagi menjadi dua yaitu faktor yang tidak dapat dimodifikasi (usia, jenis kelamin, keturunan dan riwayat penyakit jantung), sedangkan faktor risiko penyakit jantung yang dapat dimodifikasi (Hipertensi, merokok, dislipidemia, kegemukan, kurang aktivitas, diabetes melitus, pola makan dan stress). Selain itu pada keluarga berisiko PJK terdapat anggota keluarga yang sering merawat anggota keluarga yang berisiko PJK untuk dirawat setiap harinya (*Caregiver*). Sehingga pada penelitian ini yang menjadi responden adalah *caregiver* yang sering merawat anggota keluarga berisiko PJK.

Faktor risiko tersebut dapat dilakukan melalui pencegahan promotif dan preventif, Salah satunya Intervensi keperawatan pada keluarga dengan pendekatan psikoedukasi keluarga. Psikoedukasi keluarga merupakan suatu pendidikan untuk melatih ketrampilan hidup dengan pendekatan psikologis serta terdapat pemberdayaan keluarga. Pemberdayaan keluarga ini berfokus kepada keluarga untuk memperoleh, mengambil suatu keputusan dan menentukan tindakan yang akan dilakukan oleh seseorang atau keluarga untuk mengurangi hambatan pribadi dan sosial. Dari metode tersebut akan memberikan efek terhadap perilaku meliputi pengetahuan, sikap dan tindakan dalam pencegahan PJK serta keyakinan untuk mencegah PJK pada keluarga berisiko.

3.2 Hipotesis Penelitian

Hipotesis (H_a) dalam penelitian ini adalah:

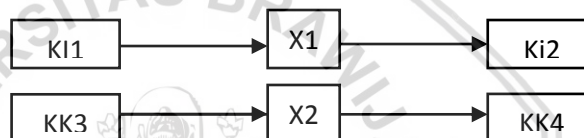
1. Ada pengaruh psikoedukasi keluarga terhadap tingkat pengetahuan dalam pencegahan PJK pada keluarga berisiko di Desa Talok Kecamatan Turen Kabupaten Malang.

2. Ada pengaruh psikoedukasi keluarga terhadap sikap dalam pencegahan PJK pada keluarga berisiko di Desa Talok Kecamatan Turen Kabupaten Malang
3. Ada pengaruh psikoedukasi keluarga terhadap tindakan dalam pencegahan PJK pada keluarga berisiko di Desa Talok Kecamatan Turen Kabupaten Malang
4. Ada pengaruh psikoedukasi keluarga terhadap keyakinan dalam pencegahan PJK pada keluarga berisiko di Desa Talok Kecamatan Turen Kabupaten Malang
5. Ada pengaruh kelompok kontrol terhadap tingkat pengetahuan dalam pencegahan PJK pada keluarga berisiko di Desa Talok Kecamatan Turen Kabupaten Malang.
6. Ada pengaruh kelompok kontrol terhadap sikap dalam pencegahan PJK pada keluarga berisiko di Desa Talok Kecamatan Turen Kabupaten Malang.
7. Ada pengaruh kelompok kontrol terhadap tindakan dalam pencegahan PJK pada keluarga berisiko di Desa Talok Kecamatan Turen Kabupaten Malang.
8. Ada pengaruh kelompok kontrol terhadap keyakinan dalam pencegahan PJK pada keluarga berisiko di Desa Talok Kecamatan Turen Kabupaten Malang.
9. Ada perbedaan pengetahuan, sikap, tindakan dan keyakinan dalam pencegahan PJK pada keluarga berisiko di Desa Talok Kecamatan Turen Kabupaten Malang antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol.

BAB 4. METODOLOGI PENELITIAN

4.1 Desain Penelitian

Desain penelitian yang digunakan pada penelitian ini menggunakan jenis penelitian *quasi experimental pre-post control group design*. Kelompok tersebut terbagi menjadi kelompok perlakuan dan kelompok kontrol, namun pada kedua kelompok tersebut memiliki tujuan yang sama sehingga didapatkan data dan informasi yang akan dijadikan bahan kesimpulan (Seniati, Yulianto, & Setiadi, 2009).



Gambar 4.1 Desain penelitian *quasi experimental pre-post control group design*

Keterangan:

- KI1 : Kelompok Intervensi *pretest* pengetahuan, sikap, tindakan dan keyakinan dalam mencegah PJK pada keluarga berisiko dengan menggunakan psikoedukasi keluarga
- KI2 : Kelompok intervensi *post test* pengetahuan, sikap, tindakan dan keyakinan dalam mencegah PJK pada keluarga berisiko dengan menggunakan psikoedukasi keluarga
- X1 : Psikoedukasi keluarga
- X2 : Kontrol (pemberian pendidikan kesehatan)
- KK3 : Kelompok kontrol *pretest* pengetahuan, sikap, tindakan dan keyakinan dalam mencegah PJK pada keluarga berisiko dengan menggunakan pendidikan kesehatan

KK4 : Kelompok kontrol *posttest* pengetahuan, sikap, tindakan dan keyakinan dalam mencegah PJK pada keluarga berisiko dengan menggunakan pendidikan kesehatan

4.2 Tempat dan Waktu Penelitian

Tempat penelitian dilaksanakan di Desa Talok kecamatan Turen Kabupaten Malang. Penelitian dimulai bulan Agustus 2017-Januari 2018, sedangkan untuk pengambilan data dimulai bulan November-Desember 2017.

4.3 Populasi, Sampel, dan Teknik Sampling

4.3.1 Populasi

Populasi adalah keseluruhan subjek yang memenuhi kriteria yang telah ditetapkan. Pada penelitian ini menggunakan rancangan kuasi eksperimen sehingga populasinya mempunyai kriteria yang homogen (Nursalam, 2015). Populasi pada penelitian ini adalah Keluarga berisiko yaitu pengasuh (*caregiver*) yang sering merawat anggota keluarga yang berisiko PJK didalam keluarga di Desa Talok kecamatan Turen Kabupaten Malang.

4.3.2 Sampel dan Teknik Sampling

Sebagian jumlah populasi yang akan diteliti dan memenuhi kriteria merupakan bagian dari sampel. Teknik sampling eksperimen menurut Supranto (2000) dengan rumus sebagai berikut:

$$(t-1)(r-1) \geq 15$$

Keterangan:

t = Banyak kelompok perlakuan

r = Jumlah replikasi (besar sampel)

Maka perhitungan sampelnya adalah:

$$(t-1)(r-1) \geq 15$$

$$(1-1)(r-1) \geq 15$$

$$(r-1) \geq 15$$

$$r \geq 16$$

Perhitungan di atas menunjukkan besarnya sampel yang diperlukan adalah 16 responden, untuk menghindari terjadinya *drop out* atau subjek tidak taat dalam proses penelitian. Oleh karena itu, perlu antisipasi dengan cara melakukan koreksi terhadap sampel yang dihitung. Rumus penambahan subjek penelitian sebagai berikut:

$$n' = \frac{N}{1-f}$$

Keterangan

n' = Ukuran sampel setelah revisi

n = Ukuran sampel asli

$1-f$ = Perkiraan proporsi *drop out*, yang diperkirakan 10% ($f=0,1$)

Maka sampel yang dibutuhkan adalah:

$$\begin{aligned} n' &= \frac{16}{1-0,1} \\ &= 17,1 \\ &= 18 \end{aligned}$$

Sehingga sampel yang di gunakan adalah 18 responden di setiap kelompoknya, karena terdapat dua kelompok maka sampel yang digunakan adalah 36 responden. Pengambilan sampling dapat digunakan secara random (Hidayat, 2009). Sampel pada penelitian ini adalah pengasuh (*care giver*) yang dominan atau sering merawat anggota keluarga yang berisiko PJK. Sedangkan untuk menghomogenitaskan sampel peneliti menggunakan teknik *purposive sampling* dengan minimal dua yang masuk kedalam kriteria inklusi dan eksklusi subyek penelitian sebagai berikut:

1. Kriteria inklusi

- a. Keluarga dengan anggota keluarga riwayat penyakit jantung

- b. keluarga dengan anggota keluarga riwayat perokok sudah 1 tahun lebih
- c. Keluarga dengan anggota keluarga riwayat displipidemia
- d. Keluarga dengan anggota keluarga kebiasaan konsumsi makanan berlemak setiap hari
- e. Keluarga dengan anggota keluarga kebiasaan tidak melakukan aktivitas atau olahraga secara rutin
- f. Keluarga dengan anggota keluarga kebiasaan minum alkohol
- g. Keluarga dengan anggota keluarga riwayat obesitas atau kegemukan
- h. Keluarga dengan anggota keluarga riwayat hipertensi
- i. Keluarga dengan anggota keluarga riwayat hiperglikemia atau diabetes melitus
- j. Keluarga dengan anggota keluarga memiliki riwayat masalah psikososial contohnya stress, cemas sedang/berat, depresi

2. Kriteria eksklusi

- a. Keluarga yang tidak bersedia menandatangani lembar persetujuan penelitian
- b. Keluarga dengan anggota keluarga hipertensi dengan riwayat pengobatan secara rutin
- c. Keluarga dengan anggota keluarga riwayat diabetes melitus, hiperglikemia atau diabetes melitus dengan riwayat pengobatan secara rutin
- d. Keluarga dengan anggota keluarga yang sudah di diagnosis PJK oleh dokter

4.4 Definisi Operasional

Karakteristik variabel yang diamati didefinisikan secara operasional, sehingga memungkinkan peneliti untuk melakukan penelitian dan pengukuran secara cermat terhadap suatu fenomena atau dalam hal ini definisi operasional dapat disebut sebagai parameter untuk ukuran dalam penelitian (Hidayati, 2009).

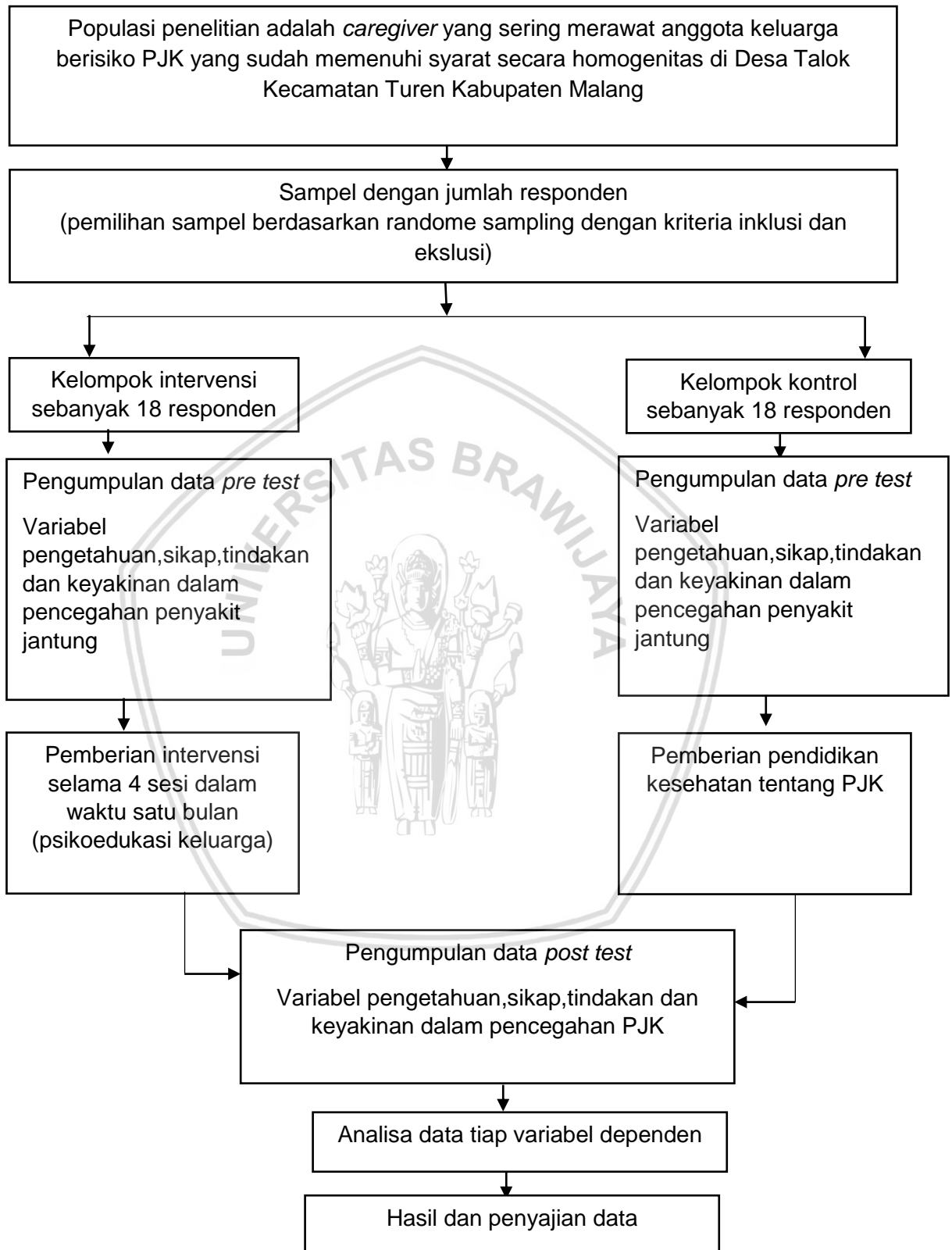


Tabel 4.1 Definisi operasional psikoedukasi keluarga terhadap tingkat pengetahuan, sikap, tindakan dan keyakinan dalam pencegahan PJK pada keluarga berisiko.

No	Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat Ukur	Skala	Skor
1.	Psikoedukasi keluarga	Suatu tindakan mandiri keperawatan berupa pendidikan kesehatan ke arah kecakapan hidup dan pemberdayaan keluarga dengan pendekatan komunikasi terapeutik kepada <i>caregiver</i> dalam mencegah PJK pada anggota keluarga berisiko PJK.	Pemberian intervensi sebanyak 4 sesi dalam waktu 45-60 menit. 5. Sesi 1. Keluarga mengenal masalah kesehatan keluarga dalam mencegah PJK 6. Sesi 2. Manajemen stress keluarga dalam merawat anggota keluarga berisiko PJK 7. Sesi 3. Manajemen beban keluarga dalam merawat anggota keluarga berisiko PJK 8. Sesi 4. Pemberdayaan keluarga berisiko dalam mencegah PJK dikomunitas	Modul psikoedukasi keluarga	Kategorik (Nominal)	1. Mengikuti intervensi 2. Tidak mengikuti intervensi
4.	Pengetahuan terhadap pencegahan PJK	Merupakan interpretasi dari tahu setelah pengasuh (<i>caregiver</i>) melakukan pengindraan terhadap suatu faktor risiko pencegahan PJK	Pengetahuan: 1. Pengertian PJK 2. Penyebab PJK 3. Tanda gejala PJK 4. Faktor risiko PJK 5. Pencegahan PJK	Pengetahuan: <i>Heart Disease Fact Questionnaire</i> (HDFQ)	pengetahuan Numerik (Rasio)	Pengetahuan skor nilai 0-100
5.	Sikap dalam mencegah PJK	Interpretasi dari suatu perasaan, reaksi pengasuh (<i>caregiver</i>) dalam menerima respon terhadap faktor risiko pencegahan PJK pada keluarga berisiko	Sikap 1. Pengertian PJK 2. Penyebab PJK 3. Tanda gejala PJK 4. Faktor risiko PJK 5. Pencegahan PJK	Sikap: <i>Perception Of Risk Of Heart Disease Scale</i> (PRHDS), <i>social support questionnaire</i> (SSQ)	sikap Numerik (Interval)	Sikap skor nilai 15-60
6.	Tindakan mencegah PJK	Tindakan atau perbuatan yang dilakukan oleh	Tindakan berupa promosi kesehatan gaya hidup pada seseorang dengan PJK	Tindakan: <i>Health Promoting Lifestyle</i>	Tindakan Numerik	Tindakan Skor nilai 15 - 60

		pengasuh (<i>caregiver</i>) dalam mencegah faktor risiko PJK melalui pengurangan gaya hidup bagi anggota keluarga berisiko PJK		Profile II	(Interval)	
5.	Keyakinan dalam mencegah PJK	Kepercayaan diri pengasuh (<i>caregiver</i>) dalam melakukan pencegahan PJK pada anggota keluarga yang berisiko PJK	Keyakinan diri terhadap Faktor risiko penyakit jantung dan pemeliharaan fungsi kesehatan	<i>Cardiac self efficacy</i> (Sullivan et al, 1998)	Numerik (Interval)	Keyakinan diri skor nilai 25-100
6.	Keluarga Berisiko	anggota keluarga keluarga/ <i>caregiver</i> yang bertanggung jawab dalam mengasuh keluarga yang berisiko PJK yang memiliki minimal 2 faktor risiko (ibu, ayah atau anggota keluarga yang dewasa).	Faktor risiko penyakit jantung yang dapat dimodifikasi dan tidak dapat dimodifikasi	Penelitian Framingham	Kategorik (Nominal)	1. Berisiko 2. Tidak berisiko

4.5 Kerangka Operasional



Gambar 4.2 Kerangka operasional pengaruh psikoedukasi keluarga terhadap tingkat pengetahuan, sikap, tindakan dan keyakinan diri dalam pencegahan PJK pada keluarga berisiko

4.6 Variabel Penelitian

4.6.1 Variabel Independen (bebas)

Variabel bebas merupakan suatu variabel yang mempengaruhi atau menjadi sebab timbulnya variabel dependen atau terikat (Sugiyono, 2011). Variabel bebas dari penelitian ini adalah psikoedukasi keluarga.

4.6.2 Variabel Dependen (terikat)

Variabel terikat merupakan variabel yang dipengaruhi atau menjadi akibat, karena variabel bebas (Sugiyono, 2011). Variabel terikat pada penelitian ini adalah pengetahuan, sikap, tindakan dan keyakinan dalam pencegahan PJK.

4.7 Alat Pengumpulan Data

Pada penelitian ini menggunakan data primer yaitu data yang diperoleh langsung dari hasil pengukuran melalui kuesioner perilaku pencegahan dan keyakinan diri dalam mencegah penyakit jantung pada keluarga berisiko. Sedangkan data sekunder berasal dari data WHO, Kemenkes, Dinas kesehatan Kabupaten Malang, data dari Kader kesehatan yang berada di Desa Talok kecamatan Turen Kabupaten Malang.

Instrumen dan alat pengumpul data yang digunakan yaitu lembar kuesioner berupa pengetahuan tentang penyakit jantung yaitu *Heart Disease Fact Questionnaire* (HDFQ), Sikap berupa *Perception Of Risk Of Heart Disease Scale* (PRHDS), Tindakan dalam pencegahan PJK *Health Promoting Lifestyle Profile II* serta *Cardiac self efficacy* (Sullivan *et al*, 1998) untuk keyakinan diri terhadap pencegahan PJK yang dimodifikasi oleh peneliti.

1. Kuesioner pengetahuan tentang PJK

Penelitian oleh Wagner, Lacey, Chyun, and Abbott tahun (2005) tentang *Development Of A Questionnaire To Measure Heart Disease Risk Knowledge In*

People With Diabetes: The Heart Disease Fact Questionnaire mengembangkan item kuesioner *Heart Disease Fact Questionnaire* (HDFQ) yang telah di uji validitas dan realibilitasnya dengan menggunakan uji kuder richardson. Indikator yang digunakan dalam pengembangan penellitian ini adalah faktor-faktor yang dapat menyebabkan penyakit jantung. Kuesioner terdiri dari 25 soal dengan jawaban benar dan salah. Jawaban benar 4, jawaban salah 0. Sehingga pengukuran pengetahuan dimasukan kedalam kriteria rasio dengan nilai 0-100, selanjutnya dinilai untuk mengetahui nilai mean, standart deviasi, min-max dan CI 95%.

2. Kuesioner sikap tentang PJK

Kuesioner sikap tentang PJK menggunakan *Perception Of Risk Of Heart Disease Scale* (PRHDS) yang berasal dari Ammouri dan Neuberger (2008). Kuesioner ini memiliki beberapa indikator pernyataan berhubungan dengan masalah pecegahan, faktor risiko PJK serta bentuk dukungan pencegahan keluarga dalam mengurangi risiko PJK.

Bentuk kuesioner ini dalam skala *likert* dengan 20 pertanyaan tentang *Perception Of Risk Of Heart Disease Scale* (PRHDS) yang telah dimodifikasi oleh peneliti. Pernyataan positif memiliki nilai sebagai berikut sangat setuju 4, setuju 3, tidak setuju, 2 sangat tidak setuju 1 sedangkalan untuk pernyataan negatif sangat setuju 1, setuju 2, tidak setuju 3 dan sangat tidak setuju 4. Rentang nilai antara 20-80.

Tabel 4.2 kisi-kisi tentang *Perception Of Risk Of Heart Disease Scale* (PRHDS)

No	Pernyataann	Kisi-kisi
1.	Pernyataan <i>Favourable</i>	1, 2, 4, 5, 7, 8, 9, 14, 15, 19,
2.	Pernyataan <i>Unfavourable</i>	3, 6, 10, 11, 12, 13, 16, 17, 18, 20

3. Kuesioner tindakan terhadap pencegahan PJK

Kuesioner tindakan pencegahan PJK mengacu kepada *Health Promoting*

Lifestyle Profile II dan dimodifikasi oleh peneliti. Tindakan pencegahan penyakit jantung terdiri dari indikator respon terhadap sehat dan penyakit, aktivitas fisik, nutrisi dan diet, dukungan spiritual, hubungan dengan orang lain atau keluarga, manajemen stress namun indikator dukungan spiritual tidak dimasukkan sebagai penilaian. Butir kuesioner terdapat 25 item soal tentang tindakan pencegahan PJK. soal dan skala yang digunakan pada kuesioner ini adalah skala *likert* dengan panduan sebagai berikut, jika jawaban dari pernyataan tidak pernah (1), kadang-kadang (2), sering (3) dan rutin (4). Kisi-kisi pernyataan tentang *Health Promoting Lifestyle Profile II* sedangkan Rentang nilai untuk tindakan adalah 25-100. Kisi-kisi kuesioner tentang tindakan pencegahan penyakit jantung koroner sebagai berikut.

4.3 Tabel kisi-kisi kuesioner *Health Promoting Lifestyle Profile II*

No	Pernyataan	Kisi-kisi
1.	Tanggung jawab kepada kesehatan	12, 13, 14, 15, 16, 20, 21,
2.	Aktivitas fisik	22, 23,
3.	Nutrisi dan diet	6, 7, 8, 9, 10, 11, 25
4.	Hubungan dengan orang lain atau keluarga	1, 2, 3, 4, 5,
5.	Manajemen stress	17, 18, 24,

4. Kuesioner keyakinan diri dalam mencegah PJK

Kuesioner yang digunakan tentang keyakinan diri menggunakan *Cardiac self efficacy* yang telah dimodifikasi oleh peneliti sejumlah 35 butir pernyataan mengenai faktor risiko dan keyakinan diri terkait pengelolaan risiko PJK pada keluarga. Skala yang digunakan pada penilaian keyakinan diri ini menggunakan skala *likert*, yaitu: jika (1) tidak yakin, (2) kurang yakin, (3) yakin serta (4) sangat yakin. Pernyataan tersebut jika jawaban untuk pernyataan mendukung sedangkan untuk pernyataan tidak mendukung diberi skor sebaliknya. Jumlah skor total adalah 35-140. Sehingga skor nilai semakin tinggi maka nilai keyakinan diri terhadap pencegahan PJK semakin tinggi juga.

Pada penelitian ini menggunakan uji validitas dan reliabilitas instrumen yang digunakan untuk mengetahui dari pertanyaan-pertanyaan pada kuesioner yang harus di buang/diganti karena dianggap tidak relevan. Teknik yang di gunakan untuk menguji validitas kuesioner menggunakan *korelasi person* sesuai aplikasi SPSS, untuk melihat korelasi tiap-tiap pertanyaan, maka nilai r hitung dibandingkan dengan r tabel dimana taraf signifikan yang digunakan adalah 5% atau valid $r_{\text{hasil}} > r_{\text{tabel}}$ (Azwar, 2010). Sedangkan Uji reliabilitas digunakan untuk menunjukkan sejauh mana suatu alat pengukuran dapat dipercaya. Uji reliabilitas kuesioner menggunakan *cronbach's alpha*. Nilai *alpha* mendekati 1 menyatakan nilai reliabilitas instrumen akan semakin tinggi (Sugiyono, 2011).

Uji validitas dan Reliabilitas dilakukan pada responden di Desa Bantur kecamatan Bantur Kabupaten Malang dengan jumlah 15 responden yang memiliki karakteristik sama dengan kriteria inklusi dan eksklusi yang sudah ditetapkan oleh peneliti. Hasil uji validitas untuk r tabel di dapatkan nilai (0,514) sehingga pada kuesioner pengetahuan tentang PJK didapatkan pertanyaan nilai validitas pertanyaan antara 0,654-0,955 dan nilai reliabilitas didapatkan nilai 0,847 (Budiharto, 2008). Kuesioner sikap tentang PJK didapatkan nilai validitas antara 0,614 hingga 0,913 dan nilai reliabilitas didapatkan 0,939. Kuesioner tindakan tentang PJK didapatkan validitas antara 0,594 hingga 0,847 dan nilai reliabilitas didapatkan 0,854 dan kuesioner tentang keyakinan pencegahan PJK didapatkan nilai validitas antara 0,546 hingga 0,880 dari nilai reliabilitas didapatkan 0,937.

Perbandingan uji validitas dan reliabilitas kuesioner menurut beberapa penelitian sebelumnya antara lain nilai uji validitas dan reliabilitas pada *Heart Disease Fact Questionnaire* (HDFQ) memiliki nilai uji reliabilitas sebesar 0,70 dan nilai validitas sebesar 0,20 hingga 0,95 (Wagner *et al.*, 2005), *Perception Of Risk Of Heart Disease Scale* (PRHDS) memiliki nilai reliabilitas sebesar 0,80 dan nilai

validitas antara 0,68 hingga 0,80 (Ammouri, 2008), *Health Promoting Lifestyle Profile II* memiliki nilai reliabilitas sebesar 0,79 dan nilai validitas anatar 0,67 hingga 0,84 (Tanjani *et al*, 2016). Data *cardiac self efficacy* memiliki nilai reliabilitas sebesar 0,77 dan nilai validitas antara 0,87 hingga 0,90 (Kang & Yang, 2013).

Perbandingan sebelum dan setelah uji validitas dan reliabilitas kuesioner pengetahuan tentang PJK dengan menggunakan kuesioner *Heart Disease Fact Questionnaire* (HDFQ) yang sebelumnya terdiri dari 25 pertanyaan menjadi 10 pertanyaan setelah di uji validitas yang yang sebelumnya jika jawaban benar 4 dan jawaban salah 0 menjadi jawaban benar 10 dan jawaban salah 0. Sehingga pengukuran pengetahuan dimasukan kedalam kriteria rasio dengan nilai 0-100.

Kuesioner sikap tentang PJK dengan menggunakan kuesioner *Perception Of Risk Of Heart Disease Scale* (PRHDS) yang sebelumnya terdiri dari 20 butir pertanyaan menjadi 15 pertanyaan setelah di uji validitas. Rentang nilai sikap tentang PJK yang sebelumnya 20-80 menjadi 15-60 dengan dengan asumsi semakin rendah nilai persepsi semakin rendah persepsi terhadap risiko PJK.

Tabel 4.4 Perbandingan kuesioner tentang *Perception Of Risk Of Heart Disease Scale* (PRHDS) sebelum dan sesudah uji validitas

No	Pernyataan	Sebelum	Sesudah
1.	Pernyataan <i>Favourable</i>	1, 2, 4, 5, 7, 8, 9, 14, 15, 19,	1,2,5,7,9,14,19
2.	Pernyataan <i>Unfavourable</i>	3, 6, 10, 11, 12, 13, 16, 17, 18, 20	3,6,10,11,12,13,17,20

Kuesioner tindakan tentang PJK dengan menggunakan *Health Promoting Lifestyle Profile II* yang sebelumnya terdiri dari 25 pertanyaan menjadi 15 pertanyaan setelah di uji validitas dengan rentang nilai rentang nilai untuk tindakan adalah 25-100 menjadi 15 - 60. Berikut perbandingan kuesioner tentang *Health Promoting Lifestyle Profile II* sebelum dan sesudah uji validitas.

Tabel 4.5 Perbandingan kuesioner tentang *Health Promoting Lifestyle Profile II* sebelum dan sesudah uji validitas

No	Pernyataan	Sebelum	Sesudah
1.	Tanggung jawab kepada kesehatan	12, 13, 14, 15, 16, 20, 21,	12,13,14,15
2.	Aktivitas fisik	22, 23,	22,23
3.	Nutrisi dan diet	6, 7, 8, 9, 10, 11, 25	7,8,9,11,
4.	Hubungan dengan orang lain atau keluarga	1, 2, 3, 4, 5,	2,4,5
5.	Manajemen stress	17, 18, 24,	17, 24

Kuesioner keyakinan diri tentang PJK menggunakan *Cardiac self efficacy* yang sebelumnya terdiri dari 35 pertanyaan menjadi 25 pertanyaan setelah di uji validitas dengan jumlah skor antara 35-140 menjadi 25-100 sehingga skor nilai semakin tinggi maka nilai keyakinan diri terhadap pencegahan PJK semakin tinggi juga.

4.8 Prosedur Pengumpulan Data

Pengumpulan data dilakukan pada saat studi pendahuluan dengan cara meminta izin kepada Dinas Kesehatan Kabupaten Malang untuk mendapatkan data dan perijinan terkait penyakit tidak menular khususnya penyakit jantung koroner. Kemudian pengumpulan data dilakukan di kecamatan Turen Kabupaten Malang khususnya adalah Desa Talok. Penelitian meminta bantuan kader kesehatan dan perawat Desa untuk mendapatkan keluarga dengan anggota keluarga yang berisiko PJK sesuai dengan kriteria yang sudah ditentukan oleh peneliti. Pengumpulan data awal yaitu jumlah populasi dan sampel setelah mendapatkan jawaban dari perawat dan kader kesehatan Desa Talok.

Proposal penelitian dibuat oleh peneliti kemudian dipresentasikan dan diuji oleh dewan penguji proposal tesis yang dilakukan di Fakultas kedokteran Universitas Brawijaya. Setelah proposal tesis mendapat persetujuan dari dewan penguji dilanjutkan untuk mengajukan uji etik dan perijinan penelitian dari

fakultas kedokteran. Uji etik penelitian di laksanakan di Fakultas kedokteran Universitas Brawijaya dengan nomer etik penelitian adalah No. 383/EC/KEPK /11/2017.

Data responden diperoleh dari kader kesehatan Desa Talok Kecamatan Turen Kabupetan Malang. Data tersebut terdiri dari anggota keluarga yang memiliki risiko PJK. Penentuan responden berdasarkan kriteria inklusi dan eksklusi dan didapatkan 2 kelompok yaitu kelompok intervensi dan kelompok kontrol, dimana masing-masing kelompok terdiri dari 18 responden. Selama intervensi responden diberikan psikoedukasi keluarga dan kelompok kontrol diberikan pendidikan kesehatan tentang PJK. Intervensi dilakukan sesuai panduan yang tersedia di modul dan leaflet tentang psikoedukasi keluarga terhadap pengetahuan, sikap, tindakan dan keyakinan dalam mencegah PJK pada keluarga berisiko. Setiap sesinya dilaksanakan antara 45-60 menit.

1. kelompok intervensi psikoedukasi keluarga

Pertemuan pertama diberikan *pretest* kepada keluarga berisiko PJK tentang pengetahuan, sikap, tindakan dan keyakinan diri keluarga dalam mencegah penyakit jantung. Kemudian pembahasan modul sesi antara lain:

- a. Sesi 1. Keluarga mengenal masalah kesehatan keluarga dalam mencegah PJK
- b. Sesi 2. Manajemen stress keluarga dalam merawat anggota keluarga berisiko PJK
- c. Sesi 3. Manajemen beban keluarga dalam merawat anggota keluarga berisiko PJK
- d. Sesi 4. Pemberdayaan keluarga berisiko dalam mencegah PJK dikomunitas.

2. Kelompok kontrol

Pada kelompok kontrol diberikan *pretest* kepada keluarga berisiko PJK tentang pengetahuan, sikap, tindakan dan keyakinan keluarga dalam mencegah penyakit jantung, kemudian pemberian pendidikan kesehatan tentang pencegahan PJK di keluarga serta pengisian kuesioner *post test* pada kelompok intervensi kelompok pemberdayaan keluarga.

4.9 Pengolahan dan Analisis Data

4.9.1 Pengolahan Data

Langkah-langkah pengolahan data yang ditempuh antara lain: (Hidayat, 2009)

1. *Editing*

Editing merupakan upaya untuk memeriksa kembali data yang diperoleh dari daftar pertanyaan dari responden berupa kelengkapan jawaban, jelas, relevan dan konsisten dari responden penelitian.

2. *Coding*

Coding merupakan pemberian tanda atau mengklasifikasikan jawaban dari para responden kedalam bentuk kategori tertentu. Sehingga memudahkan kembali melihat lokasi dan arti dari suatu kode dari suatu variabel.

3. *Tabulating*

Tabulating merupakan proses memasukan data kedalam tabel yang dilakukan dengan program tertentu di komputer. Peneliti menggunakan program SPSS 16.0 untuk melakukan tabulasi data.

4.9.2 Analisis Data

Uji homogenitas dan uji normalitas data akan dilakukan terlebih dahulu sebelum dilakukan analisa data. Data dikatakan homogen jika hasil uji homogenitas didapatkan nilai $p > 0,05$. Data dikatakan normal apabila hasil

analisis *Shapiro-Wilk* (subjek/data < 50) dengan nilai $p > 0,05$ untuk distribusi normal dan nilai probabilitas nilai $p < 0,05$.

Alat ukur yang digunakan dalam penelitian ini adalah menggunakan kuesioner tentang pengetahuan, sikap, tindakan serta keyakinan dengan skala data numerik (Interval dan rasio). Pada kedua kelompok perlakuan dengan jenis hipotesis komparatif numerik dua kelompok berpasangan sehingga uji *t dependent* yang digunakan. *Confidence interval* (CI) yang digunakan adalah 95%.

Sedangkan analisis yang digunakan untuk mengetahui perbedaan pengaruh psikoedukasi keluarga dan kelompok kontrol terhadap perilaku dan pengetahuan, sikap, tindakan dan keyakinan dalam mencegah PJK pada keluarga berisiko setelah diberikan pada masing-masing kelompok. Data nilai rata-rata masing-masing variabel dependen yang diujikan dengan menggunakan uji *t Independent*.

4.10 Etika Penelitian

Semua penelitian yang kaitannya dengan manusia sebagai obyek harus mempertimbangkan etik. Masalah etik dalam penelitian terjadi selama dan sesudah pengumpulan data. Oleh karena itu diperlukan masalah etik dalam penelitian (Potter & Perry, 2005), antara lain:

4.10.1 Prinsip Menghargai Hak asasi Manusia (*Respect To Human*)

1. Hak untuk ikut / tidak menjadi responden

penelitian ini memberikan kesempatan kepada calon responden untuk memilih dan bersedia atau tidak menjadi responden penelitian.

2. Hak untuk mendapatkan jaminan dari perlakuan yang diberikan

Peneliti harus memberikan informasi kepada responden terkait masalah penelitian tersebut. Selain itu peneliti juga harus menjelaskan jaminan dan

tanggung jawab dalam perlakuan psikoedukasi dan pemberdayaan keluarga yang berdampak buruk pada responden.

3. Lembar persetujuan menjadi responden

Tujuan adanya lembar persetujuan supaya subjek peneliti mampu mengerti dan mengetahui dampaknya. Selain itu lembar persetujuan tersebut sebagai bukti fisik responden bersedia menjadi responden penelitian.

4.10.2 Bermanfaat (*Beneficence*) dan Tidak merugikan (*Non-Maleficence*)

1. Bebas dari penderitaan

Penelitian ini tidak akan mengakibatkan penderitaan kepada subjek penelitian dan tidak ada perlakuan yang merugikan

2. Bebas dari eksploitasi

Penelitian tentang psikoedukasi dan pemberdayaan keluarga ini tidak akan mengarah eksploitasi karena setiap tindakan yang dilakukan sudah berdasarkan modul yang sudah disetujui oleh responden

3. Risiko

Penelitian tentang psikoedukasi dan pemberdayaan keluarga sangat berhati-hati dalam mempertimbangkan risiko dan keuntungan yang berakibat kepada subjek pada setiap tindakan.

4.10.3 Tanpa nama (*Anonymity*) dan rahasia (*Confidentiality*)

Penelitian ini melalui psikoedukasi keluarga menjaga kerahasiaan responden dengan tanpa mencantumkan nama responden dan menjaga identitas kerahasiaan responden.

4.10.4 *Authonomy* dan *Freedom*

Informasi yang didapatkan dari subjek peneliti akan dipertimbangkan melalui hak-hak subjek penelitian serta memiliki kebebasan menentukan pilihan dan tanpa paksaan untuk berpartisipasi dalam penelitian.

4.10.5 Keadilan (*Right to justice*)

Responden pada kelompok intervensi diberikan psikoedukasi keluarga dan pada kelompok kontrol diberikan pendidikan kesehatan tentang PJK. Selain itu adil diperlukan oleh subjek baik sebelum, selama, sesudah keikut sertaanya dalam penelitiannya dan tanpa diskriminasi pada responden.



BAB 5.

HASIL PENELITIAN DAN ANALISIS DATA

Penelitian ini dilakukan Desa Talok Kecamatan Turen Kabupaten Malang, dengan jumlah responden sebanyak 36 keluarga dengan risiko PJK, Responden dalam penelitian ini dibagi menjadi dua kelompok, yaitu kelompok intervensi dengan menggunakan psikoedukasi keluarga dan kelompok kontrol dengan pemberian pendidikan kesehatan tentang PJK. Kelompok terbagi menjadi 18 kelompok intervensi dengan psikoedukasi keluarga dan 18 kelompok kontrol dengan pendidikan kesehatan tentang PJK. Pengambilan data yang digunakan pada saat sebelum dan sesudah diberikan kelompok intervensi psikoedukasi keluarga dan kelompok kontrol diukur menggunakan 4 buah variabel yaitu: pengetahuan, sikap, tindakan dan keyakinan keluarga dalam mencegah PJK, Kemudian, data yang telah terkumpul selanjutnya dianalisis dengan menggunakan analisis univariat dan analisis bivariat.

Analisis univariat terdiri dari karakteristik responden dengan risiko PJK dan anggota keluarga dalam merawat anggota keluarga yang berisiko PJK. Karakteristik anggota keluarga dengan risiko PJK antara lain usia, jenis kelamin, riwayat penyakit diabetes melitus, riwayat hipertensi, riwayat kolesterol, obesitas, olahraga, riwayat keturunan penyakit jantung, merokok, pola diet, kolesterol dan masalah psikososial, sedangkan untuk keluarga yang merawat anggota keluarga dengan risiko PJK adalah hubungan dengan anggota keluarga yang berisiko PJK dan dukungan keluarga dalam kepatuhan minum obat.

Analisis bivariat dengan menggunakan Uji t *dependet* yang digunakan untuk mengetahui perbedaan pengetahuan, sikap, tindakan dan keyakinan dalam pencegahan PJK pada keluarga berisiko sebelum dan sesudah diberikan intervensi psikoedukasi keluarga dan pada kelompok kontrol dengan pemberian

pendidikan kesehatan tentang PJK, sedangkan untuk mengetahui perbedaan pengetahuan, sikap, tindakan dan keyakinan dalam pencegahan PJK pada keluarga berisiko antara kelompok psikoedukasi keluarga dan kelompok kontrol menggunakan uji *t Independent*.

5.1 Data karakteristik responden

5.1.1 Karakteristik anggota keluarga berdasarkan risiko PJK

5.1.1.1 Karakteristik Anggota Keluarga Berdasarkan Usia

Tabel 5.1 Distribusi frekuensi karakteristik anggota keluarga berdasarkan usia dengan risiko PJK

Variabel	Mean	SD	Minimal-Maksimal	CI95%
Usia	47	3,34	42-56	45,87-48,13

Sumber Data Primer 2017

Data karakteristik anggota keluarga berdasarkan usia tabel 5.1 menunjukkan bahwa kelompok usia anggota keluarga berisiko PJK rata-rata berada di usia 47 tahun. umur termuda 42 tahun dan tertua 56 tahun.

5.1.1.2 Karakteristik pada Anggota Keluarga Berdasarkan Faktor Risiko PJK

Tabel 5.2 Distribusi frekuensi karakteristik pada anggota keluarga berdasarkan faktor risiko PJK

No.	Karakteristik responden	Variabel karakteristik	Frekuensi (n)	Persen (%)
1.	Jenis Kelamin	Laki-laki	22	61,1
		Perempuan	14	38,9
2.	Riwayat keturunan penyakit jantung	memiliki	8	22,2
		Tidak memiliki	28	77,8
3.	Riwayat penyakit jantung	memiliki	1	2,8
		tidak	35	97,2
4.	Riwayat diabetes melitus	memiliki	6	16,7
		tidak	30	83,3
5.	Riwayat Hipertensi	memiliki	29	80,6
		tidak	7	19,4
6.	Riwayat perokok	merokok	22	61,1
		Tidak merokok	14	38,9
7.	Riwayat pola diet	Kolestrol dan santan	30	83,3
		Tidak berkelesterol	6	16,7
8.	Riwayat berolahraga	berolahraga	27	75
		Tidak berolahraga	9	25
9.	Memiliki riwayat Dislipidemia	memiliki	20	55,6
		Tidak	16	44,4
10.	IMT	Ideal	22	61,1
		Obesitas	14	38,9

Sumber Data Primer 2017

Data karakteristik pada anggota keluarga berdasarkan faktor risiko PJK antara lain jenis kelamin menunjukkan bahwa kelompok jenis kelamin pada anggota keluarga berisiko PJK adalah laki-laki sebesar 61,1%. Anggota keluarga berdasarkan riwayat keturunan penyakit jantung menunjukkan bahwa kelompok dengan riwayat keturunan penyakit jantung pada anggota keluarga berisiko PJK sebesar 22,2%. Data karakteristik anggota keluarga berdasarkan riwayat penyakit jantung menunjukkan bahwa kelompok dengan riwayat penyakit jantung pada anggota keluarga berisiko PJK sebesar 2,8%.

Anggota keluarga yang memiliki riwayat penyakit diabetes melitus menunjukkan bahwa kelompok dengan riwayat penyakit diabetes melitus pada anggota keluarga berisiko PJK sebesar 16,7%, selain data primer peneliti juga

mendapatkan data sekunder dari data kader posyandu yang memiliki riwayat penyakit diabetes melitus, kemudian peneliti memvalidasi ke setiap responden dan hasilnya adalah rata-rata anggota keluarga berisiko PJK memiliki riwayat diabetes melitus dan pernah melakukan cek gula darah dan mendapatkan obat diabetes melitus.

Data karakteristik anggota keluarga berdasarkan riwayat hipertensi menunjukkan bahwa kelompok dengan riwayat hipertensi pada anggota keluarga berisiko PJK sebesar 80,6%. Sumber data sekunder dari data kader posyandu memberikan nama-nama warga yang memiliki riwayat hipertensi dan peneliti melakukan validasi terhadap responden dengan hasil rata-rata keluarga responden mengatakan jika anggota keluarganya jarang mengonsumsi obat hipertensi sampai habis.

Data karakteristik anggota keluarga berdasarkan riwayat perokok menunjukkan bahwa kelompok dengan riwayat perokok pada anggota keluarga berisiko PJK sebesar 61,1%. Data sekunder yang diperoleh juga menyebutkan rata-rata anggota keluarga yang berisiko PJK memiliki riwayat merokok dapat menghabiskan rokok sehari antara 1-5 batang rokok per harinya.

Anggota keluarga berdasarkan riwayat pola diet menunjukkan bahwa kelompok dengan riwayat pola diet dengan makanan yang berminyak dan bersantan pada anggota keluarga berisiko PJK sebesar 83,3%. Sumber data sekunder dari keluarga juga mengatakan jika kebiasaan keluarga setiap hari makan dengan lauk berminyak seperti tempe goreng, tahu goreng, ikan goreng dan sayuranya sejenis lodeh, rendang, dan balado.

Karakteristik anggota keluarga berdasarkan riwayat pola berolahraga menunjukkan bahwa kelompok dengan riwayat berolahraga setiap hari pada anggota keluarga berisiko PJK sebesar 75%. Sumber data sekunder dari keluarga maupun anggota keluarga yang berisiko PJK mengatakan rata-rata yang tidak

berolahraga karena tidak memiliki waktu untuk berolahraga seperti jalan santai hingga mengikuti kegiatan senam jantung sehat yang ada di Desa Talok.

Data karakteristik anggota keluarga berdasarkan riwayat memiliki riwayat dislipidemia menunjukkan bahwa kelompok dengan riwayat memiliki dislipidemia pada anggota keluarga berisiko PJK sebesar 55,6%. Sumber data sekunder berasal dari data kader posyandu kemudian di validasi oleh peneliti kepada responden dan hasilnya dari anggota keluarga ataupun keluarga yang berisiko PJK mengatakan jika Rata-rata anggota keluarga yang memiliki riwayat kolestrol dan pernah melakukan cek HDL dengan rata-rata nilai HDL tersebut adalah diatas 200 mg/dl.

Data karakteristik anggota keluarga berdasarkan IMT menunjukkan bahwa kelompok dengan berat badan obesitas pada anggota keluarga berisiko PJK sebesar 28,9%. Sumber data primer juga didapatkan dari peneliti dengan melakukan penimbangan berat badan dan tinggi badan kepada anggota keluarga yang berisiko PJK dan hasilnya rata-rata IMT yang dimiliki responden yang mengalami obesitas adalah 45 kg.m²

5.1.1.3 Karakteristik Anggota Keluarga Berdasarkan Masalah Psikososial

Tabel 5.3 Distribusi frekuensi karakteristik anggota keluarga berdasarkan masalah psikososial

Variabel Karakteristik Anggota Keluarga Berdasarkan Masalah Psikososial	Depresi		cemas		stress	
	Frekuensi (n)	Persen (%)	Frekuensi (n)	Persen (%)	Frekuensi (n)	Persen (%)
Normal	10	27,8	10	27,8	18	50
Ringan	7	19,4	8	22,2	17	47,2
Sedang	19	52,8	17	47,2	1	2,8
Berat	0	0	0	0	0	0
Sangat Berat	0	0	1	2,8	0	0
Total	36	100	36	100	36	100

Sumber Data Primer 2017

Data karakteristik anggota keluarga berdasarkan masalah psikososial pada table 5.3 menunjukkan bahwa kelompok dengan masalah depresi sedang pada anggota keluarga berisiko PJK sebesar 52,8%, kelompok dengan masalah kecemasan sedang pada anggota keluarga berisiko PJK sebesar 47,2% dan kelompok dengan masalah stress ringan pada anggota keluarga berisiko PJK sebesar 47,2%. Data sumber sekunder menyatakan bahwa keluarga dengan risiko PJK yang mengalami kecemasan rata-rata menyatakan jika takut keluarga meninggal akibat penyakit jantung. Sumber data sekunder lain dari keluarga juga mengatakan jika keluarganya sudah gelisah dan gampang marah jika ada masalah dengan keluarganya sehingga tanda gejala tersebut termasuk dalam tanda gejala stress ringan. Kemudian dengan masalah depresi sedang keluarga mengatakan jika masalah terbesar dalam keluarganya salah satunya adalah putus obat dan keluarga sudah putus asa dalam mengingatkan minum obat pada anggota keluarga yang berisiko PJK serta anggota keluarga yang merokok.

5.1.2 Karakteristik Responden

Tabel 5.4 Distribusi frekuensi karakteristik responden berdasarkan usia

Variabel	Kelompok Intervensi psikoedukasi keluarga				Kelompok kontrol			
	Mean	SD	Minimal-Maksimal	CI95%	Mean	SD	Minimal-Maksimal	CI95%
Usia	44	4,91	28-55	44-45	43	6,71	27-55	42,50-45

Sumber Data Primer 2017

Tabel 5.5 Frekuensi karakteristik responden hubungan keluarga

Variabel karakteristik	kategori	Kelompok Intervensi psikoedukasi keluarga		Kelompok kontrol	
		Frekuensi (n)	Persentase (%)	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Jenis kelamin	Laki-laki	7	38,9	6	33,3
	Perempuan	11	61,1	12	66,7
Hubungan keluarga	Orang Tua	3	16,7	2	11,1
	Suami	4	22,2	5	27,8
	Istri	11	61,1	11	61,1
Dukungan kepatuhan minum obat	Membiarkan	3	16,7	6	33,3
	mengingatkan	9	50	7	38,9
	membimbing	6	33,3	5	27,8

Sumber Data Primer 2017

Data karakteristik responden berdasarkan hubungan dengan anggota keluarga pada table 5.5 menunjukkan bahwa kelompok intervensi psikoedukasi keluarga dan kontrol dengan hubungan keluarga pada anggota keluarga berisiko PJK sebesar 61,1% adalah istri. Data karakteristik responden berdasarkan dukungan keluarga dalam kepatuhan minum Obat pada Anggota keluarga dengan risiko PJK menunjukkan bahwa kelompok intervensi psikoedukasi keluarga yang mengingatkan pada anggota keluarga berisiko PJK untuk minum obat sebesar 50%. Dan pada kelompok kontrol sebesar 38,9% Selain itu data sekunder dari keluarga yang berisiko PJK mengatakan bahwa rata-rata keluarga sudah mengingatkan anggota keluarga dengan risiko PJK untuk minum obat secara teratur sesuai anjuran dokter.

Data karakteristik responden berdasarkan tabel 5.5 tentang distribusi jenis kelamin pada kelompok intervensi psikoedukasi keluarga terbanyak adalah jenis kelamin perempuan 61,1%, sedangkan pada kelompok kontrol juga jenis kelamin terbanyak adalah perempuan 66,7%. Data Karakteristik Responden pada tabel 5.4 berdasarkan usia rata-rata pada kelompok intervensi psikoedukasi keluarga adalah usia 43 tahun sedangkan pada kelompok kontrol rata-rata pada usia 42.

5.2 Data Pengetahuan, Sikap, Tindakan Dan Keyakinan Dalam Pencegahan PJK Pada Keluarga Berisiko Dengan Intervensi Psikoedukasi Keluarga Dan Pendidikan Kesehatan

5.2.1 Pengetahuan tentang pencegahan PJK pada keluarga berisiko sebelum dan sesudah pemberian intervensi psikoedukasi keluarga dan pendidikan kesehatan tentang PJK

Tabel 5.6 Distribusi pengetahuan tentang tindakan pencegahan PJK pada keluarga berisiko Sebelum di berikan intervensi psikoedukasi keluarga dan pendidikan kesehatan tentang PJK

Variabel	Kelompok	Mean	SD	CI 95%
Pengetahuan (sebelum)	Intervensi psikoedukasi keluarga	54,44	8,56	50,19-58,70
	Pendidikan kesehatan tentang PJK	53,33	8,42	49,16-57,51

Keterangan: SD = Standart Deviasi, CI= Confidence Interval

Tabel 5.6 merupakan tabel Distribusi Pengetahuan Tentang Tindakan pencegahan PJK pada keluarga berisiko Sebelum diberikan intervensi psikoedukasi keluarga dan pendidikan kesehatan tentang PJK. Hasil analisis univariat menunjukkan bahwa pengetahuan rata-rata tertinggi pada kelompok Intervensi psikoedukasi keluarga yaitu sebesar 54,44 sebelum diberikan intervensi psikoedukasi keluarga.

Tabel 5.7 Distribusi pengetahuan tentang tindakan pencegahan PJK pada keluarga berisiko setelah di berikan intervensi psikoedukasi keluarga dan pendidikan kesehatan tentang PJK

Variabel	Kelompok	Mean	SD	CI 95%
Pengetahuan (setelah)	Intervensi psikoedukasi keluarga	72,78	8,24	68,30-76,89
	Pendidikan kesehatan tentang PJK	53,89	8,49	49,66-58,12

Keterangan: SD = Standart Deviasi, CI= Confidence Interval

Tabel 5.7 merupakan tabel distribusi pengetahuan tentang tindakan pencegahan PJK pada keluarga berisiko setelah diberikan intervensi psikoedukasi keluarga dan pendidikan kesehatan tentang PJK. Hasil analisis univariat menunjukkan bahwa pengetahuan rata-rata tertinggi pada kelompok

Intervensi psikoedukasi keluarga yaitu sebesar 72,78 setelah diberikan intervensi psikoedukasi keluarga.

5.2.2 Sikap tentang pencegahan PJK pada keluarga berisiko sebelum dan sesudah pemberian intervensi psikoedukasi keluarga dan pendidikan kesehatan tentang PJK

Tabel 5.8 Distribusi sikap tentang tindakan pencegahan PJK pada keluarga berisiko Sebelum di berikan intervensi psikoedukasi keluarga dan pendidikan kesehatan tentang PJK

Variabel	Kelompok	Mean	SD	CI 95%
Sikap (sebelum)	Intervensi psikoedukasi keluarga	25,28	4,78	22,90-27,65
	Pendidikan kesehatan tentang PJK	24,56	3,38	22,87-26,24

Keterangan: SD = Standart Deviasi, CI= Confidence Interval

Tabel 5.8 merupakan tabel distribusi sikap tentang tindakan pencegahan PJK pada keluarga berisiko sebelum diberikan intervensi psikoedukasi keluarga dan pendidikan kesehatan tentang PJK. Hasil analisis univariat menunjukkan bahwa sikap rata-rata tertinggi pada kelompok Intervensi psikoedukasi keluarga yaitu sebesar 25,28 setelah diberikan intervensi psikoedukasi keluarga.

Tabel 5.9 Distribusi sikap tentang tindakan pencegahan PJK pada keluarga berisiko Setelah diberikan intervensi psikoedukasi keluarga dan pendidikan kesehatan tentang PJK

Variabel	Kelompok	Mean	SD	CI 95%
Sikap (setelah)	Intervensi psikoedukasi keluarga	27,94	4,66	25,63-30,26
	Pendidikan kesehatan tentang PJK	24,78	3,15	23,21-26,35

Keterangan: SD = Standart Deviasi, CI= Confidence Interval

Tabel 5.9 merupakan tabel distribusi sikap tentang tindakan pencegahan PJK pada keluarga berisiko setelah diberikan intervensi psikoedukasi keluarga dan pendidikan kesehatan tentang PJK. Hasil analisis univariat menunjukkan bahwa sikap rata-rata tertinggi pada kelompok Intervensi psikoedukasi keluarga yaitu sebesar 27,94 setelah diberikan intervensi psikoedukasi keluarga.

5.2.3 Tindakan pencegahan PJK pada keluarga berisiko sebelum dan sesudah pemberian intervensi psikoedukasi keluarga dan pendidikan kesehatan tentang PJK

Tabel 5.10 Distribusi tindakan tentang pencegahan PJK pada keluarga berisiko Sebelum di berikan intervensi psikoedukasi keluarga dan pendidikan kesehatan tentang PJK

Variabel	Kelompok	Mean	SD	CI 95%
Tindakan (sebelum)	Intervensi psikoedukasi keluarga	34,33	2,45	33,12-35,55
	Pendidikan kesehatan tentang PJK	34,72	2,45	33,51-35,94

Keterangan: SD = Standart Deviasi, CI= Confidence Interval

Tabel 5.10 merupakan tabel distribusi tindakan tentang pencegahan PJK pada keluarga berisiko sebelum diberikan intervensi psikoedukasi keluarga dan pendidikan kesehatan tentang PJK. Hasil analisis univariat menunjukkan bahwa tindakan rata-rata tertinggi pada kelompok pendidikan kesehatan tentang PJK yaitu sebesar 34,72 setelah diberikan pendidikan kesehatan tentang PJK.

Tabel 5.11 Distribusi Tindakan Tentang pencegahan PJK pada keluarga berisiko Setelah diberikan intervensi psikoedukasi keluarga dan pendidikan kesehatan tentang PJK

Variabel	Kelompok	Mean	SD	CI 95%
Tindakan (sebelum)	Intervensi psikoedukasi keluarga	35,67	2,72	34,31-37,02
	Pendidikan kesehatan tentang PJK	33,94	3,35	32,28-35,61

Keterangan: SD = Standart Deviasi, CI= Confidence Interval

Tabel 5.11 merupakan tabel distribusi tindakan tentang pencegahan PJK pada keluarga berisiko setelah diberikan intervensi psikoedukasi keluarga dan pendidikan kesehatan tentang PJK. Hasil analisis univariat menunjukkan bahwa tindakan rata-rata tertinggi pada kelompok intervensi psikoedukasi keluarga sebesar 35,67 setelah diberikan intervensi psikoedukasi keluarga.

5.2.4 Keyakinan tentang pencegahan PJK pada keluarga berisiko sebelum dan sesudah pemberian intervensi psikoedukasi keluarga dan pendidikan kesehatan tentang PJK

Tabel 5.12 Distribusi keyakinan tentang pencegahan PJK pada keluarga berisiko Sebelum diberikan intervensi psikoedukasi keluarga dan pendidikan kesehatan tentang PJK

Variabel	Kelompok	Mean	SD	CI 95%
Keyakinan (sebelum)	Intervensi psikoedukasi keluarga	58,89	3,84	56,98-60,80
	Pendidikan kesehatan tentang PJK	56,11	5,12	53,56-58,66

Keterangan: SD = Standart Deviasi, CI= Confidence Interval

Tabel 5.12 merupakan tabel distribusi Keyakinan tentang pencegahan PJK pada keluarga berisiko sebelum diberikan intervensi psikoedukasi keluarga dan pendidikan kesehatan tentang PJK. Hasil analisis univariat menunjukkan bahwa tindakan rata-rata tertinggi pada kelompok intervensi psikoedukasi keluarga yaitu sebesar 58,89 setelah diberikan psikoedukasi keluarga.

Tabel 5.13 Distribusi keyakinan tentang pencegahan PJK pada keluarga berisiko Setelah di berikan intervensi psikoedukasi keluarga dan pendidikan kesehatan tentang PJK

Variabel	Kelompok	Mean	SD	CI 95%
Keyakinan (sebelum)	Intervensi psikoedukasi keluarga	60,22	3,52	58,47-61,97
	Pendidikan kesehatan tentang PJK	56,17	4,28	54,06-58,28

Keterangan: SD = Standart Deviasi, CI= Confidence Interval

Tabel 5.13 merupakan tabel distribusi Keyakinan tentang pencegahan PJK pada keluarga berisiko setelah diberikan intervensi psikoedukasi keluarga dan pendidikan kesehatan tentang PJK. Hasil analisis univariat menunjukkan bahwa tindakan rata-rata tertinggi pada kelompok intervensi psikoedukasi keluarga yaitu sebesar 60,22 setelah diberikan psikoedukasi keluarga.

5.3 Pengaruh Psikoedukasi Keluarga Terhadap Pengetahuan, Sikap, Tindakan dan Keyakinan dalam Mencegah PJK Pada Keluarga Berisiko (Uji Normalitas dan Homogenitas).

Tahapan analisis data pada penelitian ini menggunakan uji homogenitas dan uji normalitas data. Kedua uji tersebut untuk mengetahui varian data, distribusi data pada setiap kelompok penelitian. Uji homogenitas yang digunakan dengan pendekatan uji *Levine*. Nilai yang dihasilkan dari uji tersebut adalah nilai probabilitas ($P > 0,05$) maka hasil tersebut memiliki varian yang sama (homogen). Hasil uji homogenitas pada penelitian ini adalah di dapatkan skor nilai $p > 0,05$. Nilai tersebut di dapatakan dari nilai *pretest* setiap variabel dependennya antara lain pada kelompok intrevensi psikoedukasi keluarga dan pendidikan kesehatan dengan variabel pengetahuan *pretest* nilainya (0,218), sikap *pretest* pada kelompok intervensi psikoedukasi keluarga dan pendidikan kesehatan nilainya (0,548), tindakan *pretest* pada kelompok intervensi psikoedukasi keluarga dan pendidikan kesehatan nilainya (0,098) dan keyakinan *pretest* pada kelompok intervensi psikoedukasi keluarga dan pendidikan kesehatan (0,235). Sehingga kesimpulan kedua kelompok tersebut memiliki nilai varian yang sama (homogen).

Analisis *Shapiro-Wilk* digunakan pada peneitian ini untuk menentukan normalitas data karena subjek/ data < 50 pada masing-masing kelompok penelitian. Pengambilan keputusan yang digunakan adalah nilai probabilitas ($p > 0,05$) maka data tersebut berdistribusi normal. Hasil uji normalitas pada penelitian ini dilakukan pada nilai *pretest* dan *posttest*. Variabel pengetahuan pada kelompok intervensi psikoedukasi keluarga adalah *pretest* (0,028) *postets* (0,023) sedangkan pada kelompok kontrol *pretest* (0,022) dan *postetst* (0,014). Sikap pada kelompok intervensi psikoedukasi keluarga nilai *pretest* (0,609) sedangkan nilai *posttest* (0,712), sedangkan pada kelompok kontrol nilai *pretest*

(0,021) dan nilai *posttest* (0,408). Tindakan pada kelompok intervensi psikoedukasi keluarga dengan nilai *pretest* (0,604) dan nilai *posttest* (0,481), sedangkan pada kelompok kontrol nilai *pretest* (0,712) dan nilai *posttest* (0,166). Keyakinan pada kelompok intervensi psikoedukasi keluarga nilai *pretest* (0,571) dan nilai *posttest* (0,132), sedangkan kelompok kontrol nilai *pretest* (0,116) dan nilai *posttest* (0,299). Sehingga dapat disimpulkan bahwa distribusi tersebut adalah normal.

5.3.1 Pengaruh psikoedukasi keluarga terhadap pengetahuan, sikap, tindakan dan keyakinan dalam pencegahan PJK

Tabel 5.14 Uji beda pengetahuan, sikap, tindakan dan keyakinan sebelum dan sesudah di berikan psikoedukasi keluarga

Kelompok	Variabel	Mean	Selisih	P
Psikoedukasi keluarga	Pengetahuan			
	<i>Pretest</i>	54,44	10,43	
	<i>Posttest</i>	72,78		0,000
	Sikap			
	<i>Pretest</i>	25,28	3,29	
	<i>Posttest</i>	27,94		0,003
	Tindakan			
	<i>Pretest</i>	34,33	1,49	
	<i>Posttest</i>	35,67		0,001
	Keyakinan			
	<i>Pretest</i>	58,89	1,88	
	<i>Posttest</i>	60,22		0,008

Pengaruh dari pemberian intervensi psikoedukasi keluarga kepada keluarga berisiko memberikan hasil bahwa terdapat perbedaan antara nilai *pretest* dan *posttest* responden pada variabel pengetahuan tentang pencegahan PJK. Nila rata-rata *pretest* responden pada kelompok intervensi psikoedukasi keluarga adalah 54,44 dan nilai rata-rata *posttest* pada kelompok intervensi psikoedukasi keluarga adalah 72,78. Selisih nilai antara *pretest* dan *posttest* adalah 10,43. Selisih nilai tersebut menunjukkan terdapat peningkatan pengetahuan pada responden setelah diberikan intervensi psikoedukasi keluarga. Hasil uji t Dependent didapatkan nilai $p = 0,000$ (nilai $p < 0,05$) ini

berarti terdapat perbedaan yang signifikan pada variabel pengetahuan tentang pencegahan PJK setelah mendapatkan intervensi psikoedukasi keluarga.

Variabel sikap tentang pencegahan PJK didapatkan dari nilai *pretest* dan *posttest* responden setelah diberikan intervensi psikoedukasi keluarga. Rata-rata nilai *pretest* pada variabel sikap adalah 25,58 dan rata-rata nilai *posttest* adalah 27,94. Selisih nilai rata-rata adalah 3,29 hal tersebut menunjukkan bahwa terdapat peningkatan sikap pada responden tentang pencegahan PJK. Hasil uji *t dependent* menunjukkan nilai $p = 0,003$ ($p < 0,05$) ini berarti terdapat perbedaan yang signifikan pada variabel sikap tentang pencegahan PJK setelah diberikan intervensi psikoedukasi keluarga.

Pengaruh dari pemberian intervensi psikoedukasi keluarga kepada keluarga berisiko memberikan hasil bahwa terdapat perbedaan antara nilai *pretest* dan *posttest* responden pada variabel tindakan tentang pencegahan PJK. Nilai rata-rata *pretest* responden pada kelompok intervensi psikoedukasi keluarga adalah 34,33 dan nilai rata-rata *posttest* pada kelompok intervensi psikoedukasi keluarga adalah 35,67. Selisih nilai antara *pretest* dan *posttest* adalah 1,49. Selisih nilai tersebut menunjukkan terdapat peningkatan tindakan pada responden setelah diberikan intervensi psikoedukasi keluarga. Hasil uji *t Dependent* didapatkan nilai $p = 0,001$ (nilai $p < 0,05$) ini berarti terdapat perbedaan yang signifikan pada variabel tindakan tentang pencegahan PJK setelah mendapatkan intervensi psikoedukasi keluarga.

Variabel keyakinan tentang pencegahan PJK didapatkan dari nilai *pretest* dan *posttest* responden setelah diberikan intervensi psikoedukasi keluarga. Rata-rata nilai *pretest* pada variabel keyakinan adalah 58,89 dan rata-rata nilai *posttest* adalah 60,22. Selisih nilai rata-rata adalah 1,88 hal tersebut menunjukkan bahwa terdapat peningkatan keyakinan pada responden tentang pencegahan PJK. Hasil uji *t dependent* menunjukkan nilai $p = 0,008$ ($p < 0,05$) ini berarti terdapat

perbedaan yang signifikan pada variabel keyakinan tentang pencegahan PJK setelah diberikan intervensi psikoedukasi keluarga.

5.3.2 Pengaruh pendidikan kesehatan tentang PJK terhadap pengetahuan, sikap, tindakan dan keyakinan dalam pencegahan PJK (kelompok kontrol)

Tabel 5.15 Uji beda pengetahuan, sikap, tindakan dan keyakinan sebelum dan sesudah di berikan pendidikan kesehatan tentang PJK pada kelompok kontrol

Kelompok	Variabel	Mean	Selisih	P
Kontrol	Pengetahuan			
	<i>Pretest</i>	53,33	9,32	
	<i>Posttest</i>	53,39		0,805
	Sikap			
	<i>Pretest</i>	24,56	1,89	
	<i>Posttest</i>	24,78		0,625
	Tindakan			
	<i>Pretest</i>	34,72	2,34	
	<i>Posttest</i>	33,94		0,177
	Keyakinan			
	<i>Pretest</i>	65,11	1,66	
	<i>Posttest</i>	65,17		0,889

Pengaruh dari pemberian pendidikan kesehatan tentang PJK kepada keluarga berisiko dalam hal ini kelompok kontrol memberikan hasil bahwa terdapat perbedaan antara nilai *pretest* dan *posttest* responden pada variabel pengetahuan tentang pencegahan PJK. Nilai rata-rata *pretest* responden pada kelompok kontrol adalah 53,33 dan nilai rata-rata *posttest* pada kelompok kontrol adalah 53,39. Selisih nilai antara *pretest* dan *posttest* adalah 9,32. Selisih nilai tersebut menunjukkan terdapat peningkatan pengetahuan pada responden setelah diberikan kelompok kontrol. Hasil uji t *Dependent* didapatkan nilai $p = 0,805$ (nilai $p < 0,05$) ini berarti tidak terdapat perbedaan yang signifikan pada variabel pengetahuan tentang pencegahan PJK pada kelompok kontrol.

Variabel sikap tentang pencegahan PJK didapatkan dari nilai *pretest* dan *posttest* responden setelah diberikan pada kelompok kontrol. Rata-rata nilai *pretest* pada variabel sikap adalah 24,56 dan rata-rata nilai *posttest* adalah

24,78. Selisih nilai rata-rata adalah 1,89 hal tersebut menunjukkan bahwa terdapat peningkatan sikap pada responden tentang pencegahan PJK. Hasil uji *t dependent* menunjukkan nilai $p = 0,625$ ($p < 0,05$) ini berarti tidak terdapat perbedaan pada variabel sikap tentang pencegahan PJK setelah pada kelompok kontrol.

Pengaruh dari pemberian pendidikan kesehatan kepada keluarga berisiko memberikan hasil bahwa terdapat perbedaan antara nilai *pretest* dan *posttest* responden pada variabel tindakan tentang pencegahan PJK. Nilai rata-rata *pretest* responden pada kelompok kontrol adalah 34,72 dan nilai rata-rata *posttest* pada kelompok kontrol adalah 33,94. Selisih nilai antara *pretest* dan *posttest* adalah 1,66. Selisih nilai tersebut menunjukkan terdapat penurunan nilai tindakan pada responden setelah diberikan pendidikan kesehatan. Hasil uji *t Dependent* didapatkan nilai $p = 0,177$ (nilai $p < 0,05$) ini berarti tidak terdapat perbedaan pada variabel tindakan tentang pencegahan PJK setelah mendapatkan intervensi psikoedukasi keluarga.

Variabel keyakinan tentang pencegahan PJK didapatkan dari nilai *pretest* dan *posttest* responden setelah diberikan pada kelompok kontrol. Rata-rata nilai *pretest* pada variabel keyakinan adalah 65,11 dan rata-rata nilai *posttest* 56,17 adalah. Selisih nilai rata-rata adalah 1,66 hal tersebut menunjukkan bahwa terdapat penurunan keyakinan pada responden tentang pencegahan PJK. Hasil uji *t dependent* menunjukkan nilai $p = 0,889$ ($p < 0,05$) ini berarti tidak terdapat perbedaan pada variabel keyakinan tentang pencegahan PJK pada kelompok kontrol.

5.4 Perbedaan pengetahuan, sikap, tindakan dan keyakinan dalam pencegahan PJK pada keluarga berisiko antara kelompok intervensi psikoedukasi keluarga dan kelompok kontrol

Tabel 5.16 Uji beda pengetahuan, sikap, tindakan dan keyakinan dalam Pencegahan PJK pada keluarga berisiko antara kelompok intervensi psikoedukasi dan kelompok kontrol

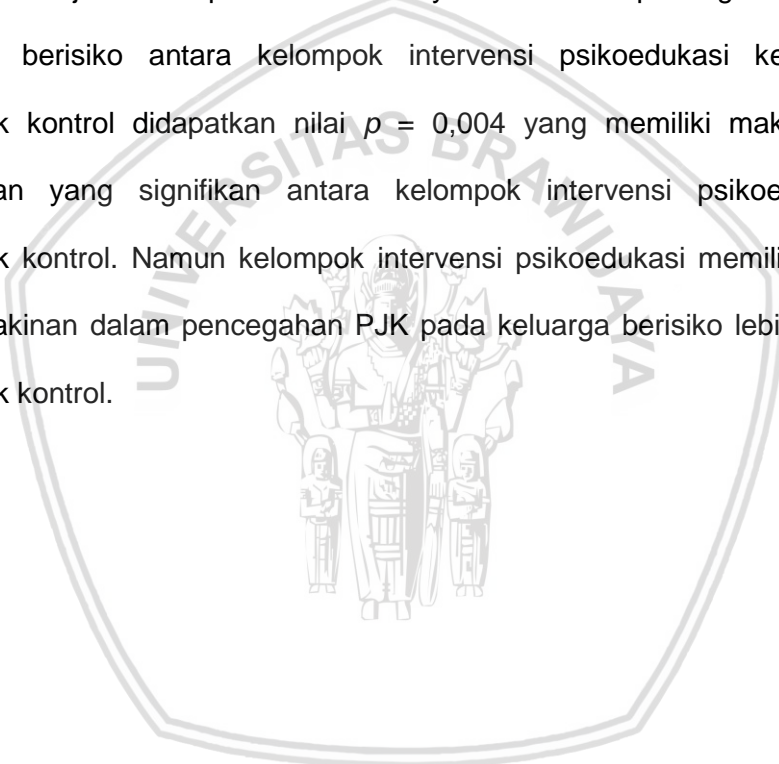
Kelompok	Variabel	N	Mean	SD	<i>p</i>
Psikoedukasi keluarga	Pengetahuan	18	72,78	8,26	0,000
Kontrol		18	53,39	8,49	
Psikoedukasi keluarga	Sikap	18	27,94	4,66	0,023
Kontrol		18	24,78	3,15	
Psikoedukasi keluarga	Tindakan	18	35,67	2,33	0,100
Kontrol		18	33,94	2,72	
Psikoedukasi keluarga	Keyakinan	18	60,22	3,52	0,004
Kontrol		18	65,17	4,21	

Hasil uji *t Independent* didapatkan pada variabel pengetahuan tentang pencegahan PJK pada keluarga berisiko antara kelompok intervensi psikoedukasi keluarga dan kelompok kontrol didapatkan hasil nilai $p = 0,000$ yang memiliki makna terdapat perbedaan yang signifikan terhadap kelompok kontrol dengan menggunakan pendidikan kesehatan. Namun kelompok intervensi psikoedukasi memiliki nilai rata-rata pengetahuan dalam pencegahan PJK pada keluarga berisiko lebih besar dari kelompok kontrol.

Variabel sikap tentang pencegahan PJK pada keluarga berisiko antara kelompok intervensi psikoedukasi dan kelompok kontrol didapatkan nilai $p = 0,023$ yang memiliki makna tidak terdapat perbedaan yang signifikan antara kelompok intervensi psikoedukasi dan kelompok kontrol. Namun intervensi kelompok psikoedukasi memiliki nilai rata-rata sikap dalam pencegahan PJK pada keluarga berisiko lebih besar dari kelompok kontrol.

Hasil uji statistik pada variabel tindakan dalam pencegahan PJK pada keluarga berisiko antara kelompok intervensi psikoedukasi keluarga dan kelompok kontrol didapatkan nilai $p = 0,100$ yang memiliki makna tidak terdapat perbedaan yang signifikan antara kelompok intervensi psikoedukasi dan kelompok kontrol. Namun kelompok intervensi psikoedukasi memiliki nilai rata-rata tindakan dalam pencegahan PJK pada keluarga berisiko lebih besar dari kelompok kontrol.

Hasil uji statistik pada variabel keyakinan dalam pencegahan PJK pada keluarga berisiko antara kelompok intervensi psikoedukasi keluarga dan kelompok kontrol didapatkan nilai $p = 0,004$ yang memiliki makna terdapat perbedaan yang signifikan antara kelompok intervensi psikoedukasi dan kelompok kontrol. Namun kelompok intervensi psikoedukasi memiliki nilai rata-rata keyakinan dalam pencegahan PJK pada keluarga berisiko lebih besar dari kelompok kontrol.



didapatkan 18 keluarga berisiko dan di RW 2, 3 dan 9 di dapatkan 18 keluarga berisiko juga.

Materi yang disampaikan saat pemberian psikoedukasi terbagi menjadi 4 sesi pokok bahasan yang diberikan kepada keluarga berisiko PJK. Sesi 1 tentang Keluarga mengenal masalah kesehatan keluarga dalam mencegah PJK, Sesi 2. Manajemen stress keluarga dalam merawat anggota keluarga berisiko PJK, Sesi 3. Manajemen beban keluarga dalam merawat anggota keluarga berisiko PJK, Sesi 4. Pemberdayaan keluarga berisiko dalam mencegah PJK di komunitas. Sedangkan pada kelompok kontrol hanya diberikan pendidikan kesehatan tentang PJK.

6.2 Pengaruh Psikoedukasi Keluarga Terhadap Pengetahuan, Sikap, Tindakan Dan Keyakinan Dalam Pencegahan PJK Pada Keluarga Berisiko

6.2.1 Pengaruh Psikoedukasi Keluarga Terhadap Pengetahuan Dalam Pencegahan PJK Pada Keluarga Berisiko

Hasil uji statistik dengan menggunakan uji t *dependet* terhadap variabel pengetahuan tentang pencegahan PJK didapatkan hasil nilai $p = 0,000$, hal tersebut dapat diartikan bahwa nilai tersebut memiliki perbedaan yang signifikan pada variabel pengetahuan sebelum dan sesudah di berikan intervensi psikoedukasi keluarga pada keluarga berisiko PJK. Hasil nilai posttest pengetahuan lebih tinggi dari pada nilai pretest. sedangkan selisih rata-rata antara nilai *pretest* dan *posttest* sebesar 10,43.

Penelitian ini menggunakan intervensi psikoedukasi keluarga. Psikoedukasi tersebut berasal dari Valiee., *et al* (2017) tentang penelitian pengaruh psikoedukasi terhadap kesehatan jiwa klien dengan PJK membagi sesi psikoedukasi menjadi 8 sesi dengan sesi 1 dan 2 terkait masalah pengenalan

program psikoedukasi dan pengenalan PJK dan cara mencegah dari PJK tersebut. Intervensi psikoedukasi keluarga merupakan suatu intervensi yang dapat digunakan kepada keluarga sebagai pemberi informasi kepada keluarga yang mengalami masalah psikososial dan gangguan jiwa, namun pada penelitian ini berfokus kepada masalah PJK. Intervensi psikoedukasi keluarga pada penelitian ini menggunakan 4 sesi dengan media yang digunakan adalah modul dan waktu setiap sesinya adalah antara 45-60 menit. Sesi 1 pada penelitian ini adalah keluarga mengenal masalah kesehatan keluarga dalam mencegah PJK.

Notoatmodjo tahun 2010 menyatakan bahwa pengetahuan adalah interpretasi dari mengenal, tahu dan terjadi setelah melakukan pengindraan yang dilakukan oleh seseorang terhadap objek tertentu. Sesi 1 tentang mengenal masalah keluarga dalam mencegah PJK dilakukan dengan berbagi pengalaman bagi seseorang dengan risiko PJK dalam menghadapi penyakit yang akan diketahuinya. Sehingga sejak dini keluarga dengan berisiko PJK semaksimal mungkin akan melakukan pencegahan sebagai langkah awal dalam mengambil keputusan terkait risiko penyakitnya. Peneliti mengidentifikasi perubahan pengetahuan antara sebelum dan sesudah diberikan psikoedukasi keluarga kepada keluarga berisiko PJK dengan selisih 10,43. Sehingga dengan meningkatnya nilai pengetahuan diharapkan keluarga dengan risiko PJK mampu mencegah sejak dini terkait faktor-faktor risiko PJK ada anggota keluarga yang berisiko PJK.

Penelitian tersebut sejalan dengan penelitian Peterson *et al* tahun 2014 tentang pendidikan manajemen diri pada seseorang dengan penyakit arteri koronaria. Pada penelitian tersebut responden diberikan informasi melalui metode pendidikan informasi terkait masalah penyakit jantung di dalamnya juga dibahas masalah penyakit jantung sesuai dengan referensi dari *American Heart Association*. Dan hasil dari penelitian tersebut adalah terjadi peningkatan

pengetahuan responden terkait penyakit jantung. Peningkatan pengetahuan tersebut salah satunya dipengaruhi oleh informasi terkait penyakit jantung dan salah satu informasi yang dijelaskan pada penelitian tersebut adalah terkait pengertian, penyebab atau faktor penyebab, hingga cara mencegah penyakit jantung. Pendidikan dasar terkait penyakit jantung digunakan sebagai awal pencegahan dari penyakit jantung yang dialami oleh responden dan dengan tujuan terakhir adalah dapat merubah perilaku dalam mencegah penyakit jantung.

Di negara Kuwait juga dilakukan penelitian tentang risiko penyakit jantung terhadap pengetahuan masyarakat dalam mencegah penyakit jantung. Survei 900 masyarakat di negara Kuwait memiliki rata-rata 90,7% mengerti tentang jenis penyakit jantung antara lain serangan jantung dan stroke, namun 60% responden tidak memahami tentang jenis penyakit jantung yaitu PJK. Tanda gejala dari penyakit jantung bagi 2/5 responden tidak memahami tentang tanda gejala serangan jantung, mereka hanya memahami serangan jantung memiliki tanda gejala nyeri dada dan sesak nafas. Pencegahan penyakit jantung yang digunakan oleh responden rata-rata hanya menggunakan pengobatan yang diresepkan oleh dokter tanpa menggunakan pencegahan yang lain (Awad & Al-nafisi, 2014). Pengalaman dalam menggunakan obat penyakit jantung pada seseorang dengan penyakit jantung sudah dapat dipersepsikan sebagai pencegahan penyakit jantung. Dengan meminum obat jantung seseorang akan beranggapan dapat sembuh dari penyakit jantungnya.

Pengetahuan seseorang terhadap pencegahan PJK bukan hanya dengan cara meminum obat penyakit jantung. Penggunaan obat-obatan penyakit jantung harus menggunakan resep dokter dan dikonsumsi setiap hari sesuai dengan resep dokter. Masalah dari penelitian ini adalah pengetahuan keluarga dalam ketidak patuhan dalam minum obat penyakit jantung. Namun banyak cara yang

dapat di gunakan dalam mencegah PJK salah satunya adalah merubah pola gaya hidup dengan menghindari masalah psikososial atau stress, pola diet, melakukan olahraga dan dukungan keluarga dalam pendampingan obat penyakit jantung pada anggota keluarga berisiko PJK. Sehingga keluarga berisiko PJK tidak hanya melakukan pencegahan PJK dengan meminum obat penyakit jantung namun dari faktor pola hidup dan dukungan orang disekitarnya juga akan mengurangi faktor risiko PJK.

6.2.2 Pengaruh Psikoedukasi Keluarga Terhadap Sikap Dalam Pencegahan PJK Pada Keluarga Berisiko

Hasil uji t *dependet* dari variabel sikap terhadap pencegahan PJK pada keluarga berisiko PJK didapatkan hasil nilai $p = 0,003$, hal tersebut dapat diartikan bahwa nilai tersebut memiliki perbedaan yang signifikan pada variabel sikap sebelum dan sesudah di berikan intervensi psikoedukasi keluarga pada keluarga berisiko PJK. Hasil nilai *posttest* sikap terhadap pencegahan PJK lebih tinggi dari pada nilai *pretest*. sedangkan selisih rata-rata antara nilai *pretest* dan *posttest* sebesar 3,29.

Intervensi psikoedukasi keluarga pada penelitian ini adalah salah satunya merubah sikap anggota keluarga dalam mencegah PJK pada anggota keluarga yang berisiko PJK untuk memiliki sikap yang positif dalam mencegah PJK. Sesi tersebut terdapat pada sesi 1 yaitu keluarga mengenal masalah kesehatan keluarga dalam mencegah PJK. Sehingga dengan mengenal masalah tersebut keluarga diharapkan mampu memutuskan untuk memilih cara merawat anggota keluarga berisiko PJK untuk menurunkan risiko PJKnya. Hal tersebut juga dilakukan penelitian oleh Rahmani, Ranjbar, Ebrahimi, & Hosseinzadeh (2015) tentang pengaruh psikoedukasi terhadap sikap keluarga yang mengalami anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa dan hasilnya adalah setelah di berikan program psikoedukasi nilai *posttest* meningkat dan memiliki nilai

signifikan sebelum dan sesudah diberikan program psikoedukasi pada keluarga yang memiliki anggota keluarga gangguan jiwa.

Sikap seseorang dipengaruhi oleh tiga komponen salah satunya adalah komponen konatif. Komponen ini lebih cenderung dalam memilih sesuatu untuk bertindak. Selain itu seseorang dalam bersikap juga menerima dan memperhatikan stimulus yang diberikan oleh obyek lain, kemudian seseorang akan merespon dengan stimulus tersebut dan memilihnya. Sesuatu hal yang dipilih oleh obyek harus dihargai dan semua risiko yang dipilih sesuai dengan tanggung jawab dari objek tersebut (Notoatmodjo, 2010). Pencegahan PJK salah satunya adalah sikap dari seseorang dalam mencegah PJK tersebut. Sikap yang dapat ditunjukkan dalam pencegahan PJK adalah menghindari stress atau masalah psikososial, menghindari asap atau merokok, menghindari diet yang berisiko PJK, meningkatkan aktivitas salah satunya adalah olahraga secara rutin dan memilih untuk memriksakan diri ketenaga kesehatan.

Mohammed, Anglals, & Mohammed (2012) menyatakan dalam penelitiannya terhadap 82 responden bahwa sikap seseorang dalam mencegah risiko faktor penyakit jantung antara lain adalah menghindari rokok, menghindari konsumsi rokok, melakukan olahraga, melakukan pola diet dengan benar, melakukan pencegahan dengan melakukan pemeriksaan secara rutin. Hasil dari penelitian tersebut rata-rata sikap responden dalam memilih merokok adalah 68%, mengkonsumsi alkohol 51,2%, 81,79% memilih olahraga berlari, 52,4% memilih mengkonsumsi sayuran dan buah-buahan, serta 35,5% memilih pengobatan alternatif dalam sikap mencegah penyakit jantung. Sikap pencegahan Penyakit jantung rata-rata dalam penelitian tersebut memiliki sikap negatif yaitu memilih merokok dan meminum alkohol serta pencegahan penyakit jantung hanya dengan pengobatan tradisional atau herbal.

Penelitian serupa tentang sikap pencegahan risiko penyakit jantung pada 74 responden di negara yang memiliki riwayat penyakit jantung rata-rata dalam sikap pencegahannya terdapat 65% responden tidak memilih dalam memeriksakan kesehatannya terkait dengan penyakit jantung dan jarang melakukan aktivitas fisik dalam hal ini berolahraga. Serta alasan terbesar mereka tidak memilih layanan kesehatan dalam mencegah penyakit jantung adalah masalah biaya dalam memeriksakan kesehatan mereka (Oguoma, Nwose, & Bwititi, 2014). Masalah biaya merupakan salah satu faktor penghambat dalam pencegahan PJK pada anggota keluarga berisiko PJK. Selain itu dukungan keluarga juga diperlukan dalam memutuskan segala sesuatu terutama kepada anggota keluarga yang berisiko PJK terkait dalam memutuskan untuk melakukan pengobatan secara teratur, memeriksakan anggota keluarga yang berisiko PJK, merubah pola diet dalam keluarganya yang memiliki risiko PJK serta menghindari konflik dalam keluarga yang dapat memicu masalah psikososial didalam keluarga.

6.2.3 Pengaruh Psikoedukasi Keluarga Terhadap Tindakan Dalam Pencegahan PJK Pada Keluarga Berisiko

Hasil uji t *dependet* dari variabel tindakan terhadap pencegahan PJK pada keluarga berisiko PJK didapatkan hasil nilai $p = 0,001$, hal tersebut dapat diartikan bahwa nilai tersebut memiliki perbedaan yang signifikan pada variabel tindakan sebelum dan sesudah di berikan intervensi psikoedukasi keluarga pada keluarga berisiko PJK. Hasil nilai *posttest* tindakan terhadap pencegahan PJK lebih tinggi dari pada nilai *pretest*. sedangkan selisih rata-rata antara nilai *pretest* dan *posttest* sebesar 1,49.

Perubahan tindakan dalam pencegahan PJK pada keluarga berisiko PJK dapat diberikan dengan cara pemberian pendidikan kesehatan. Salah satu model pendidikan kesehatan dengan pendekatan masalah psikologis pada

keluarga adalah psikoedukasi keluarga. Psikoedukasi keluarga pada penelitian ini menggunakan 4 sesi antara lain keluarga mengenal masalah kesehatan dalam mencegah PJK, manajemen stress dalam merawat anggota keluarga berisiko PJK, manajemen beban dalam merawat anggota keluarga berisiko PJK dan pemberdayaan keluarga berisiko dalam mencegah PJK di komunitas. Kajian meta analisis yang dilakukan oleh Aldcroft, Taylor, Blackstock, & O'Halloran (2011) tentang rehabilitasi pasien PJK dengan menggunakan psikoedukasi. hasilnya pada 213 responden yang telah diberikan psikoedukasi memiliki perubahan perilaku yang positif selama jangka 6-12 bulan dalam melakukan aktivitas sehari-hari daripada melakukan olahraga selain itu juga dapat merubah perilaku merokok dan pola diet pada seseorang dengan PJK. Sehingga dapat disimpulkan bahwa intervensi psikoedukasi dapat merubah perilaku seseorang pada pasien dengan PJK.

Perilaku terkait pencegahan suatu penyakit akan menjadi sasaran bagi tenaga kesehatan dalam memberikan pendidikan atau promosi kesehatan. Perilaku pencegahan pada keluarga dengan PJK menjadi penting bagi klien. Perilaku atau tindakan dalam pencegahan PJK terbentuk dari pengetahuan dan kesadaran akan pentingnya kesehatan jantung. Sehingga dengan seringnya keluarga mendapatkan informasi terkait masalah jantung, maka akan mempengaruhi tingkat pemahaman dalam bertindak mencegah terjadinya penyakit jantung serta pola gaya hidup juga akan semakin meningkat (Notoatmodjo, 2010).

Tindakan pencegahan tentang penyakit jantung dengan menggunakan *Health Promoting Lifestyle Profile II* yang memiliki indikator respon terhadap sehat dan penyakit, aktivitas fisik, nutrisi dan diet, dukungan spiritual, hubungan dengan orang lain atau keluarga, manajemen stress (Hosseini Mohsenipouya *et al*, 2016). Selain itu penelitian yang dilakukan oleh Kang, Yang, In-suk, & Kim

(2010) tentang faktor predisposisi terjadinya yang mempegaruhi perilaku kesehatan terkait PJK dengan nilai yang sangat signifikan adalah usia, pendidikan, kebiasaan merokok, pengalaman dalam mendapatkan informasi terkait masalah jantung dan keyakinan yang timbul terkait masalah jantung.

Penelitian tentang perubahan gaya hidup pada kasus PJK di negara Iran dan terpilih 50 responden yang dirawat di ruang intensif penyakit jantung mendapatkan program pedidikan perubahan perilaku selama dirawat di rumah sakit tersebut. Hasilnya yang sangat signifikan pada responden yang memiliki kebiasaan merokok sebagai pencetus terjadinya PJK menurun sebanyak 66% dalam mengurangi kebiasaan merokok, sedangkan 88% meningkat kebiasaan responden dalam berolahraga (Aminpour, Shahamfar, & Shahamfar, 2014). Hal tesebut pola aktivitas yang secara teratur dan olahraga secara rutin dapat menurunkan risiko PJK. Begitu pula dengan kebiasaan merokok dan gaya hidup merokok mulai diturunkan dapat menekan faktor risiko PJK juga.

Faktor risiko PJK salah satunya dengan merubah gaya hidup dari individu tersebut dan mendapatkan dukungan dari keluarga dalam merubah perilaku gaya hidup pada anggota keluarga risiko PJK. Salah satu yang dapat dilakukan adalah dengan merubah pola diet, kebiasaan merokok, memiliki manajemen stress yang benar serta pola aktivitas sehari-hari dapat mengurangi risiko PJK. Selain dari faktor tersebut dukungan keluarga yang merawat anggota keluarga berisiko juga akan menjadikan beban tersendiri kepada anggota keluarga dengan risiko PJK, sehingga sebagai keluarga yang merawat anggota keluarga berisiko PJK dapat melakukan salah satunya modifikasi perilaku dengan merubah pola diet dengan jadwal diet pada anggota keluarga risiko PJK, merubah perilaku kebiasaan merokok mengganti dengan aktivitas yang bermanfaat, ketidak patuhan minum obat dengan cara membuat jadwal minum obat penyakit jantung bagi anggota keluarga dengan risiko PJK. Selain itu juga mengajarkan keluarga terkait

manajemen stress selama keluarga merawat anggota keluarga berisiko PJK. Sehingga beban keluarga juga akan berkurang setelah diberikan psikoedukasi tersebut.

6.2.4 Pengaruh Psikoedukasi Keluarga Terhadap keyakinan Dalam Pencegahan PJK Pada Keluarga Berisiko

Hasil uji t *dependet* dari variabel tindakan terhadap pencegahan PJK pada keluarga berisiko PJK didapatkan hasil nilai $p = 0,008$, hal tersebut dapat diartikan bahwa nilai tersebut memiliki perbedaan yang signifikan pada variabel keyakinan sebelum dan sesudah di berikan intervensi psikoedukasi keluarga pada keluarga berisiko PJK. Hasil nilai *posttest* tindakan terhadap pencegahan PJK lebih tinggi dari pada nilai *pretest*. sedangkan selisih rata-rata antara nilai *pretest* dan *posttest* sebesar 1,88.

Seseorang dengan PJK salah satunya dapat di fokuskan pada kemampuan yang dimiliki oleh diri ataupun keluarga melalui upaya keyakinan diri dalam penyembuhan dengan manajemen faktor risiko dan pemeliharaan kesehatan. Manajemen faktor risiko dan upaya pemulihan pada pasien PJK harus sering dilakukan karena salah satu faktor risiko PJK adalah sering mengalami sesak, lelah hingga nyeri dada saat melakukan aktivitas, sehingga hal tersebut dapat mempengaruhi keyakinan diri pasien untuk melakukan aktivitas, begitu juga dengan faktor risiko PJK lainnya (Wantiyah, Sitorus & Gayatri, 2010).

Upaya yang dapat dilakukan adalah salah satunya dengan pencegahan pada keluarga yang memiliki anggota keluarga berisiko PJK. Psikoedukasi keluarga merupakan suatu upaya yang dapat dilakukan pada keluarga yang memiliki anggota keluarga berisiko PJK. Karena dalam sesi psikoedukasi keluarga terdapat pemberdayaan keluarga. Sehingga dengan adanya pemberdayaan keluarga, keluarga mampu dan yakin dalam mencegah faktor risiko PJK pada anggota keluarga yang berisiko PJK.

Pemberdayaan dikomunitas merupakan model pembelajaran yang dapat dilakukan di keluarga dengan harapan keluarga mampu mandiri dalam menyelesaikan suatu masalah khususnya adalah kesehatan pada keluarganya. Model pemberdayaan sebenarnya digunakan pada pasien hal tersebut bertujuan untuk memahami pasien yang mengalami masalah kesehatan dapat mencari pertolongan kepada tim kesehatan atau mencari layanan kesehatan ketika merasakan masalah kesehatan. Tujuan informasi yang didapatkan di tim kesehatan dapat meningkatkan keyakinannya untuk mencapai kesembuhan. Pemberdayaan juga dapat diartikan sebagai model intervensi pendidikan pada individu atau keluarga sehingga dapat meningkatkan kemampuan berfikir kritis dan bertindak secara mandiri sehingga meningkatkan rasa percaya diri dan keyakinan diri yang baik (Anderson & Funnell, 2010).

Penelitian serupa tentang model pemberdayaan keluarga pada pasien yang mengalami penurunan perawatan diri akibat penyakit katup jantung menunjukkan nilai signifikan setelah diberikan pendidikan pemberdayaan keluarga. Kemampuan tersebut meningkat setelah satu setengah bulan diberikan intervensi tersebut (Abedini, Zareian & Alhani, 2016). Hal yang mempengaruhi dari keluarga yang memiliki peningkatan dalam perawatan diri akibat penyakit katup jantung salah satunya terdapat pendidikan pemberdayaan keluarga sehingga keluarga lebih memahami cara mendapatkan informasi kesehatan kepada tim kesehatan sehingga hal tersebut dapat meningkatkan keyakinan diri untuk dapat meningkatkan perawatan secara mandiri pada keluarga dengan penyakit katup jantung.

Model pemberdayaan pada keluarga juga dilakukan pada pasien yang mengalami rehabilitasi akibat penyakit infark miokard. Penelitian yang dilakukan pada 70 anggota keluarga yang memiliki program rehabilitasi penyakit infark miokard yang diambil secara acak dengan pemberian intervensi pemberdayaan

keluarga dan rehabilitasi berbasis dirumah. Dan hasil penelitian tersebut lebih signifikan pemberian pemberdayaan keluarga dalam meningkatkan kualitas hidup pasien yang sedang mengalami rehabilitasi infark miokard dari pada kelompok rehabilitasi berbasis dirumah ($p < 0,0001$) (Vahedian-Azimi *et al.*, 2016).

6.3 Pengaruh Pendidikan kesehatan Terhadap Pengetahuan, Sikap, Tindakan Dan Keyakinan Dalam Pencegahan PJK Pada Keluarga Berisiko (kelompok kontrol)

6.3.1 Pengaruh Pendidikan kesehatan Terhadap Pengetahuan Dalam Pencegahan PJK Pada Keluarga Berisiko

Berdasarkan hasil uji statistik dengan menggunakan uji *t dependent* terhadap Variabel pengetahuan di dapatkan hasil nilai $p = 0,805$ dengan arti bahwa tidak ada pengaruh yang signifikan pada variabel pengetahuan sebelum dan sesudah dilakukan pemberian pendidikan kesehatan tentang PJK. Selisih rata-rata dari variabel pengetahuan sebesar 9,32. Nilai *posttest* memiliki skor yang lebih besar dibandingkan nilai *pretest* namun masih dalam rentang nilai yang sama sehingga nilai *pretest* dan *posttest* hampir memiliki nilai yang sama. sehingga variabel pengetahuan pada kelompok pendidikan kesehatan tidak memiliki pengaruh setelah diberikan pendidikan kesehatan tentang PJK.

Nilai *pretest* pada variabel pengetahuan memiliki nilai rata-rata 53,33 sedangkan nilai *posttest* pada variabel pengetahuan memiliki nilai rata-rata 53,39. Dari nilai-rata-rata tersebut memiliki nilai yang hampir sama pada kelompok pendidikan kesehatan tentang PJK. Pengetahuan pada kelompok kontrol yang memiliki hampir sama nilai rata-rata antara *pretest* dan *posttest* dikarenakan pada kelompok kontrol hanya diberikan pendidikan kesehatan tentang PJK. Pendidikan kesehatan yang diberikan pada kelompok kontrol dalam bentuk pemberian *leaflet* yang mencakup materi tentang pengertian PJK,

penyebab dari PJK, tanda gejala dari PJK dan faktor- faktor yang menyebabkan seseorang mengalami PJK. Hal tersebut mencakup pengetahuan.

Penelitian tersebut tidak sejalan dengan beberapa penelitian yang ada terkait masalah pendidikan kesehatan dengan peningkatan pencegahan PJK. Salah satu penelitian dari Shahrabaki, Farokhzadian, & Hasanabadi (2012) tentang pendidikan perawatan diri pada pasien penyakit jantung yang mengalami penurunan pengetahuan dan penampilan akibat penyakit jantung menjadi meningkat signifikan setelah diberikan pendidikan perawatan diri pasien penyakit jantung. Penelitian tersebut juga sejalan dengan penelitian dari Zeng *et al.*, (2017) menyatakan bahwa seseorang dengan riwayat penyakit jantung setelah diberikan pendidikan kesehatan tentang penyakit jantung memiliki nilai yang signifikan. Pada penelitian tersebut responden lebih kurang memahami dalam mencegah penyakit jantung terutama adalah ke tidakpatuhan minum obat penyakit jantung serta kurangnya memahami gejala dari penyakit jantung itu sendiri.

Notoatmodjo tahun 2010 menyatakan bahwa pengetahuan adalah intepetasi dari mengenal, tahu dan terjadi setelah melakukan pengindraan yang dilakukan oleh seseorang terhadap objek tertentu. Pengindraan tersebut berasal dari pemberian *leaflet* kepada keluarga pasien yang berisiko PJK yang mencakup materi tentang pengertian PJK, penyebab dari PJK, tanda gejala dari PJK dan faktor- faktor yang menyebabkan seseorang mengalami PJK. Hal tersebut mencakup pengetahuan. Sehingga seharusnya dengan pengindraan tersebut responden seharusnya dapat menginterpretasi hasil mengenal, tahu, dan terjadi setelah pengindraan terhadap *leaflet* yang dijelaskan oleh peneliti menjadi nilai rata-rata yang meningkat.

6.3.2 Pengaruh Pendidikan kesehatan Terhadap Sikap Dalam Pencegahan PJK Pada Keluarga Berisiko

Berdasarkan hasil uji statistik dengan menggunakan uji *t dependent* terhadap Variabel sikap di dapatkan hasil nilai $p = 0,625$ dengan arti bahwa tidak ada pengaruh yang signifikan pada variabel sikap sebelum dan sesudah dilakukan pemberian pendidikan kesehatan tentang PJK. Selisih rata-rata dari variabel pengetahuan sebesar 9,32. Nilai *posttest* memiliki skor yang lebih besar dibandingkan nilai *pretest* namun masih dalam rentang nilai yang sama sehingga nilai *pretest* dan *posttest* hampir memiliki nilai yang sama. sehingga variabel sikap pada kelompok pendidikan kesehatan tidak memiliki pengaruh setelah diberikan pendidikan kesehatan tentang PJK.

Pendidikan kesehatan merupakan upaya peningkatan derajat kesehatan yang dapat diberikan kepada individu, keluarga kelompok dalam upaya merubah perilaku hidup bersih dan sehat. Upaya tersebut merubah dari pengetahuan, sikap dan tindakan dalam meningkatkan kesehatan (Notoatmodjo, 2010). Salah satu model pendidikan kesehatan pada kelompok kontrol ini adalah dengan menjelaskan kepada keluarga berisiko PJK menggunakan *leaflet* yang berisi materi-materi tentang PJK. Penjelasan tentang PJK pada keluarga berisiko seharusnya dapat merubah pengetahuan hingga tindakan dalam mencegah PJK.

Salah satu proses belajar adalah merubah sikap seseorang dari yang memiliki sikap negatif terhadap objek menjadi sikap yang positif terhadap objek tertentu. Sikap seseorang dipengaruhi oleh tiga komponen salah satunya adalah seseorang akan cenderung dalam memilih sesuatu untuk bertindak karena adanya stimulus yang diterimanya. kemudian seseorang akan merespon dengan stimulus tersebut dan memilihnya. Sesuatu hal yang dipilih oleh obyek harus dihargai dan semua risiko yang dipilih sesuai dengan tanggung jawab dari objek tersebut (Notoatmodjo, 2010). Sehingga dengan pemberian pendidikan

kesehatan seseorang seharusnya dapat merubah dari sikap negatif ke sikap positif.

Penelitian tersebut tidak sejalan dengan penelitian pada kelompok berisiko tentang sindrome koroner akut terkait pemberian pendidikan kesehatan terhadap pengetahuan, sikap dan kepercayaan terhadap sindrome koroner akut dan hasilnya terdapat perubahan sikap yang signifikan ($p = 0,003$) dengan metode pendidikan kesehatan yang diberikan dengan pendekatan memberikan motivasi terhadap kelompok berisiko sindrom koroner akut (O'Brien, Mckee, Mooney, O'Donnell, & Moser, 2014). Penelitian serupa pada kelompok berisiko kanker servik dalam melakukan skrining kanker servik pada guru sekolah menengah di negara bagian Enugu Nigeria. Dari sampel yang digunakan pada penelitian tersebut sebanyak 380 guru di negara bagian Enugu memiliki perubahan yang signifikan setelah diberikan pendidikan kesehatan terhadap pengetahuan, sikap dan tindakan dalam melakukan skrining kanker servik oleh peneliti (Chinwe R, 2015).

6.3.3 Pengaruh Pendidikan kesehatan Terhadap Tindakan Dalam Pencegahan PJK Pada Keluarga Berisiko

Berdasarkan hasil uji statistik dengan menggunakan uji *t dependent* terhadap Variabel tindakan didapatkan hasil nilai $p = 0,177$ dengan arti bahwa tidak ada pengaruh yang signifikan pada variabel tindakan sebelum dan sesudah dilakukan pemberian pendidikan kesehatan tentang PJK. Selisih rata-rata dari variabel pengetahuan sebesar 2,34. Nilai rata-rata *pretest* lebih tinggi dari pada nilai rata-rata *posttest*. sehingga variabel tindakan pada kelompok pendidikan kesehatan tidak memiliki pengaruh setelah diberikan pendidikan kesehatan tentang PJK.

Pendidikan kesehatan tentang PJK di berikan melalui beberapa materi tentang pencegahan PJK pada keluarga dengan faktor risiko PJK. Salah satu

materi dalam tindakan pencegahan PJK adalah merubah pola diet pada keluarga berisiko, menghindari rokok, menghindari masalah psikososial, dan selalu rutin dalam memeriksakan kesehatan ke tenaga kesehatan. Upaya tersebut seharusnya dapat merubah tindakan pencegahan PJK yang negatif ke tindakan pencegahan PJK ke arah positif atau lebih baik.

Perilaku atau tindakan dalam pencegahan PJK terbentuk dari pengetahuan dan kesadaran akan pentingnya kesehatan jantung. Sehingga dengan seringnya keluarga mendapatkan informasi terkait masalah jantung, maka akan mempengaruhi tingkat pemahaman dalam bertindak mencegah terjadinya penyakit jantung serta pola gaya hidup juga akan semakin meningkat (Notoatmodjo, 2010). Pernyataan tersebut sejalan dengan tinjauan literatur dari Liu, Shi, Willis, Wu, & Johnson (2017) tentang kelompok sindrom koroner akut dan diabetes melitus 2 dan hasilnya menunjukkan bahwa pasien dengan sindrom koroner akut dan diabetes melitus 2 memiliki perilaku yang baik terhadap penyakitnya setelah diberikan pendidikan kesehatan terkait sindrom koroner akut.

Hasil penelitian pada kelompok kontrol dalam hal ini adalah kelompok pendidikan kesehatan tentang PJK memiliki perbedaan dari penelitian-penelitian sebelumnya. Salah satu artikel dari Commodore & Dennison (2012) menyatakan bahwa salah satu manajemen kesehatan penyakit jantung adalah dengan memberikan pendidikan kesehatan. Upaya tersebut sebagai bagian dari mempromosikan kesadaran dan kepatuhan masyarakat terhadap pencegahan penyakit jantung. Selain itu di rumah sakit saat ini intervensi pertama yang dapat dilakukan adalah dengan memberikan pendidikan penyakit jantung kepada pasien dan keluarga pasien, sehingga dengan adanya pendidikan kesehatan terkait masalah penyakit jantung pasien dan keluarga lebih dapat merubah dalam berperilaku pencegahan penyakit jantung dan dengan adanya pendidikan

kesehatan terkait penyakit jantung pola tindakan pencegahan penyakit jantung juga harus meningkat.

6.3.4 Pengaruh Pendidikan kesehatan Terhadap Keyakinan Dalam Pencegahan PJK Pada Keluarga Berisiko

Berdasarkan hasil uji statistik dengan menggunakan uji *t dependent* terhadap Variabel keyakinan didapatkan hasil nilai $p = 0,889$ dengan arti bahwa tidak ada pengaruh yang signifikan pada variabel keyakinan sebelum dan sesudah dilakukan pemberian pendidikan kesehatan tentang PJK. Selisih rata-rata dari variabel keyakinan sebesar 1,66. Nilai *posttest* memiliki skor yang lebih besar dibandingkan nilai *pretest* namun masih dalam rentang nilai yang sama sehingga nilai *pretest* dan *posttest* hampir memiliki nilai yang sama. sehingga variabel keyakinan pada kelompok pendidikan kesehatan tidak memiliki pengaruh setelah diberikan pendidikan kesehatan tentang PJK.

Pendidikan kesehatan memiliki perbedaan dengan promosi kesehatan, namun pada promosi kesehatan terdapat pendidikan kesehatan. Tujuan utama dari pendidikan kesehatan adalah berfokus kepada perubahan pengetahuan, sikap dan tindakan, maka promosi kesehatan lebih kearah seseorang, keluarga atau kelompok dapat meningkatkan dan memperbaiki dalam memelihara kesehatan, selain itu fokus utama dari promosi kesehatan adalah upaya pemberdayaan pada individu, keluarga atau kelompok. Sehingga arah perilaku tersebut kearah perilaku positif (Notoatmodjo, 2010).

Penelitian tersebut juga tidak sejalan dari pernyataan Hiltunen (2005) tentang manfaat dari pendidikan kesehatan. Pendidikan kesehatan yang terarah mampu meningkatkan keyakinan diri pasien dengan PJK. Pasien-pasien PJK merasa tidak percaya diri dengan kesembuhan penyakit yang dialami sehingga kurang yakin dalam mencegah perilaku PJK. Salah satu contohnya pasien dengan PJK seharusnya mengurangi dalam aktivitas karena berdampak pada nyeri dada.

Sehingga pasien PJK takut melakukan aktivitas sehari-hari dan pasien PJK juga jika kurang aktivitas dan tidak melakukan aktivitas akan memperburuk keadaan pasien.

Penelitian serupa juga terkait keyakinan diri dalam pencegahan penyakit atritis dilakukan dengan menggunakan penjelasan *booklate* dan hasilnya signifikan terhadap keyakinan diri pada pasien dengan penyakit atritis (Unsal & Kasikci, 2010). Penelitian yang dilakukan oleh Fini, Hajbaghery, Fard & Khachian (2011) tentang keyakinan diri pasien yang akan dilakukan transplantasi tulang belakang juga memiliki nilai signifikan ($P = 0,001$) setelah diberikan pendidikan kesehatan, sehingga dengan pendidikan kesehatan dapat meningkatkan kepercayaan diri pasien dan meningkatkan kualitas hidup pasien.

6.4 Perbedaan pengetahuan, sikap, tindakan dan keyakinan dalam pencegahan PJK pada keluarga berisiko antara kelompok intervensi psikoedukasi dan kelompok kontrol

Berdasarkan uji t *Independent* variabel pengetahuan dalam pencegahan PJK pada keluarga berisiko memiliki perbedaan antara kelompok intervensi psikoedukasi keluarga dan kelompok kontrol dengan nilai $p = 0,000$. Hasil kedua adalah variabel sikap, tindakan dan keyakinan dalam pencegahan PJK pada keluarga berisiko tidak memiliki perbedaan antara kelompok intervensi psikoedukasi dan kelompok kontrol. Nilai yang didapatkan dari variabel sikap adalah $p = 0,125$, variabel tindakan adalah $p = 0,411$, sedangkan variabel keyakinan adalah 0,004.

Nila dari variabel yang tidak memiliki perbedaan dengan hasil nilai rata-rata dari setiap variabel pada kelompok intervensi psikoedukasi dan kelompok kontrol. Berdasarkan nilai rata-rata antara kelompok intervensi psikoedukasi dan kelompok kontrol pada variabel sikap dalam pencegahan PJK pada keluarga

bersiko adalah 27,94 (pada kelompok intervensi psikoedukasi) dan 24,78 (Pada kelompok kontrol), sedangkan nilai rata-rata pada variabel tindakan dalam pencegahan PJK pada keluarga berisiko adalah 35,67 (Pada kelompok intervensi psikoedukasi keluarga) dan 33,94 (pada kelompok kontrol).

Nilai dari variabel pengetahuan dan keyakinan dalam pencegahan PJK pada keluarga berisiko memiliki perbedaan yang signifikan antara kelompok intervensi psikoedukasi dan kelompok kontrol. Hal tersebut sejalan dengan tujuan dari psikoedukasi keluarga menurut Varcarolis (2010) yang menyatakan bahwa psikoedukasi keluarga merupakan suatu terapi yang diberikan kepada keluarga melalui pemberian informasi tentang kesehatan jiwa dengan pendekatan terapi keluarga dan memfokuskan kearah terapi perilaku keluarga. Perilaku keluarga yang adaptif berasal dari pengalaman keluarga yang dipelajari secara kognitif, rasional ataupun irasional, sehingga keluarga akan mengalami perubahan tingkah laku.

Pembentukan keyakinan diri seseorang dibentuk dari dari tiga komponen antara lain proses kognitif, motivasi dan afektif. Proses keyakinan diri diperoleh dari proses berfikir terlebih dahulu, sehingga seseorang dengan keyakinan diri yang tinggi akan cenderung berkomitmen dengan perilaku tersebut. Komitmen seseorang yang memiliki keyakinan diri yang tinggi juga akan mempengaruhi tingkat pencapaian tujuan, sehingga seseorang mengalami kemunduran dalam berkomitmen semakin tinggi tingkat motivasinya. Selain itu proses keyakinan diri dipengaruhi oleh proses afektif. Proses ini mendorong seseorang untuk mengatur kondisi afektif. Sehingga proses keyakinan diri seseorang tersebut sebelum ke tindakan dalam bersikap harus melewati tahap kognitif dan motivasi (Bandura, 1977).

Penelitian terkait keyakinan diri dengan pengetahuan seseorang terhadap suatu penyakit juga memiliki hubungan yang signifikan. Hubungan tentang

persepsi seseorang terhadap suatu penyakit sangat memiliki hubungan dengan keyakinan diri seseorang. seorang pasien yang memiliki pengetahuan yang besar terhadap suatu konsekuensi akibat penyakit jantung semakin rendah keyakinan dirinya untuk melakukan koping. Selain itu juga semakin lama waktu penerimaan terhadap suatu pengetahuan tentang kondisi penyakit jantung akan meningkatkan keyakinan diri pasien dalam mempertahankan pola diet dan aktivitasnya (Lau-Walker, 2004).

Allahverdi pour., *et al* (2013) menyatakan bahwa faktor seseorang dengan PJK adalah salah satunya status fungsi kesehatan, kecemasan, keyakinan diri terhadap masalah jantung, serta kepercayaan terhadap sehat. Dari beberapa faktor tersebut ternyata faktor yang dominan adalah masalah keyakinan diri terhadap masalah jantung. Sehingga faktor psikologis lebih penting dalam peran fungsi status kesehatan dan kualitas hidup pasien dengan PJK. Penelitian di tahun 2017 tentang keyakinan diri pasien yang akan dilakukan bedah bayps arteri koronaria juga memiliki keyakinan positif dalam menghadapi bedah bayps arteri koronaria setelah diberikan pendidikan kesehatan antar teman sebaya (Varaei *et al.*, 2017)

Perbedaan psikoedukasi keluarga dan pendidikan kesehatan pada kelompok kontrol pada penelitian ini adalah pada sesi 1 psikoedukasi keluarga dilakukan pengkajian terhadap masalah keluarga selama merawat anggota keluarga yang memiliki risiko PJK. Metode yang dilakukan adalah curah pendapat dan *sharing* pengalaman dalam merawat anggota keluarga dalam merawat anggota keluarga yang berisiko PJK. Metode tersebut seperti dilakukan oleh Hess *et al.*, (2016) pada pasien yang memiliki faktor risiko nyeri dada akibat sindrom koroner akut dan hasilnya setelah diberikan intervensi diskusi dan *sharing* terhadap pencegahan faktor risiko nyeri dada dapat meningkatkan pengetahuannya tentang faktor risiko sindrom koroner akut, hubungan dengan

lingkungan sekitar dalam mencari pertolongan hingga menurunkan kunjungan ke rumah sakit jantung. Sehingga terdapat perbedaan metode yang diberikan dengan menggunakan pengkajian berdasarkan pengalaman atau sharing dengan pemberian metode secara konvensional.

Sesi ke 2 psikoedukasi keluarga adalah tentang manajemen stress. Pada sesi tersebut termasuk rangkaian dari sesi 1. Sesi 2 tentang manajemen stress mengajarkan keluarga untuk melakukan kegiatan yang berhubungan dengan masalah psikososial selama merawat anggota keluarga yang mengalami risiko PJK. Pada sesi 2 tersebut responden diajarkan cara manajemen stress salah satunya adalah relaksasi otot progresif. Tujuan dari pengelolaan stress dan masalah psikososial dengan pendekatan manajemen stress untuk meningkatkan rasa keyakinan dan percaya diri responden saat merawat anggota keluarga yang berisiko PJK. Selain itu manajemen stress tersebut dapat meningkatkan keyakinan diri dalam pencegahan penyakit PJK. Hal tersebut sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Mystakidou, *et al* (2010) antara hubungan keyakinan diri dengan tingkat kecemasan pasien kanker. Dari hasil penelitian tersebut didapatkan bahwa keyakinan seseorang dipengaruhi oleh variabel kecemasan, kondisi fisik, usia dan jenis kelamin. Seseorang yang memiliki kecemasan yang tinggi akan mempengaruhi keyakinan diri yang negatif.

Perbedaan sikap dan tindakan dalam pencegahan PJK pada keluarga berisiko secara nilai rata-rata memiliki nilai yang berbeda antara nilai kelompok intervensi psikoedukasi dan kelompok kontrol. Secara teori metode dari psikoedukasi keluarga dalam penelitian ini menggunakan sesi 1 tentang pengkajian keluarga dalam merawat anggota keluarga yang mengalami risiko PJK. Disesi ke 2 tentang manajemen stress, sesi ke 3 tentang manajemen beban dan sesi 4 tentang pemberdayaan masyarakat. Tujuan dari psikoedukasi

keluarga untuk meningkatkan perilaku keluarga dari merubah kognitif hingga tingkah laku dalam keluarga (Varcarolis, 2010).

Pada kelompok kontrol diberikan pendidikan kesehatan tentang PJK dengan menggunakan media lembar balik dan booklet tentang PJK. Hasilnya terdapat rata-rata nilai perubahan setelah diberikan pendidikan kesehatan, namun nilai rata-rata antara kelompok intervensi psikoedukasi keluarga dan kelompok kontrol memiliki nilai yang lebih rendah. Hal tersebut sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Whittingham *et al* (2008) tentang pendidikan kesehatan penyalahgunaan alkohol di kalangan remaja di negara Belanda. Hasilnya sesuai dengan perkembangan psikologi kognitif terjadi peningkatan pengetahuan setelah di berikan pendidikan kesehatan menggunakan leaflet tersebut. Dan secara psikologi perilaku tidak terjadi perubahan. Sehingga dapat disimpulkan rata-rata pendidikan kesehatan dapat merubah pengetahuan seseorang jika dapat merubah perilaku seseorang masih memerlukan waktu yang lama dalam pengukurannya.

Perbedaan kedua kelompok tersebut memiliki perbedaan secara klinis, hal tersebut terbukti dari kelompok intervensi psikoedukasi keluarga yang sangat antusias dalam mengungkapkan segala permasalahan selama merawat anggota keluarga yang berisiko PJK, salah satunya ketidak patuhan minum obat dan merokok di lingkungan keluarga. Dan rata-rata keluarga mampu memilih dan mendemostrasikan dalam manajemen stress salah satunya melakukan relaksasi otot progresif dan manajemen beban dalam keluarga. Serta dalam pemberdayaan dikomunitas tentang pencegahan PJK, keluarga lebih memilih untuk mengikuti kegiatan senam jantung sehat yang sudah dibentuk di Desa Talok Kecamatan Turen Kabupaten Malang.

6.5 Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini memiliki beberapa keterbatasan antara lain:

1. Penelitian ini menggunakan kuesioner yang berasal dari luar negeri, yaitu kuesioner pengetahuan berupa *Heart Disease Fact Questionnaire* (HDFQ), Sikap berupa *Perception Of Risk Of Heart Disease Scale* (PRHDS), Tindakan dalam pencegahan PJK berupa *Health Promoting Lifestyle Profile II* serta *Cardiac self efficacy* digunakan untuk keyakinan diri dalam mencegah PJK sehingga dilakukan modifikasi dengan menerjemahkan kedalam bahasa Indonesia.
2. Pengambilan data yang dilakukan peneliti dengan datang ke rumah keluarga yang memiliki risiko PJK dan setiap keluarga memiliki karakteristik yang berbeda sehingga saat pemberian psikoedukasi keluarga menjadikan situasi yang berbeda pada setiap responden. 10 responden pada kelompok intervensi memiliki kondisi dalam keluarga seperti situasi rumah, keluarga besar anggota keluarga yang berisiko PJK dan tetangga keluarga yang terkadang mengikuti kegiatan intervensi tersebut dapat mengganggu jalannya intervensi.

6.6 Implikasi Keperawatan

1. Pelayanan keperawatan

Hasil penelitian ini diharapkan sebagai dasar perawat untuk meningkatkan mutu asuhan keperawatan. Karena selama ini yang dilakukan oleh perawat dalam memberikan asuhan keperawatan masih berfokus pada aspek fisik saja. Sehingga penelitian ini diharapkan mampu diaplikasikan secara komprehensif mulai dari pengkajian hingga evaluasi.

Penelitian ini juga berfokus pada faktor psikologis dalam menentukan derajat kesehatan klien. Karena pada penelitian ini menggunakan intervensi yang

digunakan pada keluarga berisiko PJK secara jangka panjang untuk meningkatkan keyakinan dalam mencegah PJK pada anggota keluarga yang berisiko PJK dengan mempertahankan status emosional yang baik dan koping dari keluarga dalam mencegah PJK pada anggota keluarga yang berisiko PJK. Sehingga pada penelitian ini mampu memberikan layanan asuhan keperawatan secara komperhensif.

2. Pendidikan keperawatan

Penelitian ini berfokus kepada intervensi keperawatan kepada keluarga melalui pendekatan psikologis di keluarga yang berisiko PJK yang masih harus dikembangkan lagi. Penelitian ini juga memperkuat tentang pendapat bahwa seseorang yang memiliki penyakit fisik akan berhubungan dengan faktor psikologis juga dan demikian sebaliknya seseorang yang memiliki masalah psikologis akan berpengaruh kepada kondisi fisik klien. Sehingga instutsi pendidikan diharapkan mengembangkan inovasi terbaru terkait asuhan keperawatan pada klien dengan PJK yang bersifat komperhensif.

BAB 7.

KESIMPULAN DAN SARAN

7.1 Kesimpulan

- 7.1.1 Terdapat pengaruh yang signifikan pada tingkat pengetahuan dalam mencegah PJK pada keluarga berisiko sesudah mendapatkan psikoedukasi keluarga;
- 7.1.2 Terdapat pengaruh yang signifikan pada sikap dalam mencegah PJK pada keluarga berisiko sesudah mendapatkan psikoedukasi keluarga;
- 7.1.3 Terdapat pengaruh yang signifikan pada tindakan dalam mencegah PJK pada keluarga berisiko sesudah mendapatkan psikoedukasi keluarga;
- 7.1.4 Terdapat pengaruh yang signifikan pada keyakinan dalam mencegah PJK pada keluarga berisiko sesudah mendapatkan psikoedukasi keluarga;
- 7.1.5 Tidak terdapat pengaruh pada tingkat pengetahuan dalam mencegah PJK pada keluarga berisiko sesudah mendapatkan pendidikan kesehatan tentang PJK (kelompok kontrol);
- 7.1.6 Tidak terdapat pengaruh pada sikap dalam mencegah PJK pada keluarga berisiko sesudah mendapatkan pendidikan kesehatan tentang PJK (kelompok kontrol);
- 7.1.7 Tidak terdapat pengaruh pada tindakan dalam mencegah PJK pada keluarga berisiko sesudah mendapatkan pendidikan kesehatan tentang PJK (kelompok kontrol);
- 7.1.8 Tidak terdapat pengaruh pada keyakinan dalam mencegah PJK pada keluarga berisiko sesudah mendapatkan pendidikan kesehatan tentang PJK (kelompok kontrol);

7.1.9 Terdapat perbedaan pengetahuan dan keyakinan dalam mencegah PJK pada keluarga berisiko antara kelompok intervensi psikoedukasi keluarga dan kelompok kontrol. Dan tidak ada perbedaan sikap dan tindakan dalam mencegah PJK pada keluarga berisiko antara kelompok intervensi psikoedukasi keluarga dan kelompok kontrol.

7.2 Saran

Berdasarkan kesimpulan diatas berikut saran yang dapat disampaikan oleh peneliti, sebagai berikut:

7.2.1. Kuesioner pengetahuan berupa *Heart Disease Fact Questionnaire* (HDFQ), Sikap berupa *Perception Of Risk Of Heart Disease Scale* (PRHDS), Tindakan dalam pencegahan PJK berupa *Health Promoting Lifestyle Profile II* serta keyakinan dalam pencegahan PJK berupa *Cardiac self efficacy* perlu dilakukan uji keterbatasan, content validity dan uji konstruktif terhadap kuesioner tersebut.

7.2.2 Sebelum psikoedukasi keluarga peneliti melakukan komunikasi terhadap keluarga dan membuat peraturan kepada responden yang harus ditaati selama berjalannya intervensi tersebut.

7.2.3 Saran untuk penelitian selanjutnya

7.2.3.1 Penelitian selanjutnya instrumen tersebut sebagai upaya pencegahan awal pada keluarga dengan risiko PJK dan sebagai integrasi program pemerintah saat ini yang berfokus kepada layanan di tingkat keluarga salah satunya adalah Gerakan masyarakat hidup sehat (GERMAS) dan juga terintegrasi pada indikator keluarga sehat;

7.2.3.2 Psikoedukasi keluarga dapat dikembangkan sebagai intervensi keperawatan di keluarga dengan risiko PJK melalui pendekatan pemberdayaan keluarga dan *family centered nursing*.

DAFTAR PUSTAKA

- Abedini F, Zareian A, & Alhani F, T. F. (2016). Assessing the Impact of Family-Centered Empowerment Model on Self-Care of Patients With Prosthetic Heart Valves. *Crit Care Nurs J*, 9(3):e8371). <https://doi.org/10.17795/ccn-8371>.
- Aldcroft, S. A., Taylor, N. F., & Blackstock, F. C., & O'Halloran, P. D. (2011). Psychoeducational rehabilitation for ealth behavior change in coronary artery dsease: A systematic review of controlled trials. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention*, 31(5), 273–281. <https://doi.org/10.1097/HCR.0b013e318220a7c9>
- Abedini F, Zareian A, & Alhani F, T. F. (2016). Assessing the Impact of Family-Centered Empowerment Model on Self-Care of Patients With Prosthetic Heart Valves. *Crit Care Nurs J*, 9(3):e8371). <https://doi.org/10.17795/ccn-8371>.
- Aldcroft, S. A., Taylor, N. F., & Blackstock, F. C., & O'Halloran, P. D. (2011). Psychoeducational rehabilitation for ealth behavior change in coronary artery dsease: A systematic review of controlled trials. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention*, 31(5), 273–281. <https://doi.org/10.1097/HCR.0b013e318220a7c9>
- Alhany F. (2004). *Design and evaluation of family centered empowerment model for prevention of iron deficiency*. Tehran: Tarbiat Modarres University.
- Allahverdipour, H., Asgharijafarabadi, M., Heshmati, R., & Hashemiparast, M. (2013). Functional status, anxiety, cardiac self-efficacy, and health beliefs of patients with coronary heart disease. *Health Promotion Perspectives*, 3(2), 217–29. <https://doi.org/10.5681/hpp.2013.025>

- Alzo'ubi, M., Alzu'bi, A., Banihamad, L., Al-dhoon, A., & Obeidat, L. (2015). Risk factors of Acute Coronary Syndrome at Prince Ali Bin Alhussein hospital. *International Journal of Medical Investigation*, 4(2), 222–225.
- Alzo'ubi, M., Alzu'bi, A., Banihamad, L., Al-dhoon, A., & Obeidat, L. (2015). Risk factors of Acute Coronary Syndrome at Prince Ali Bin Alhussein hospital. *International Journal of Medical Investigation*, 4(2), 222–225.
- Ambar TS. (2004). *Kemitraan dan Model-Model Pemberdayaan*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- American Heart Association. (2015). Coronary artery diseases-the ABCs of CAD. Retrieved from <http://www.heart.org>
- Aminpour, S., Shahamfar, M., & Shahamfar, J. (2014). Effects of lifestyle modification program in reduction of risk factors in patients with coronary heart disease, 4(1), 353–357.
- Ammouri, A. A., & Neuberger, G. (2008). The Perception of Risk of Heart Disease Scale: Development and Psychometric Analysis. *Journal of Nursing Measurement*, 16(2), 83–97. <https://doi.org/10.1891/1061-3749.16.2.83>
- Ammouri AA, N. G. (2008). The Perception of Risk of Heart Disease Scale: development and psychometric analysis. *J Nurs Meas*, 16(2), 83–97. <https://doi.org/https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18939714>
- Anderson R.M., Funnell M.M. (2010). Patient empowerment: myths and misconceptions. *Patient Educ Couns*, 79(3), 277.
- Awad, A., & Al-nafisi, H. (2014). Public knowledge of cardiovascular disease and its risk factors in Kuwait: a cross-sectional survey, 1–11. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-1131>
- Azwar, S. (2010). *Penyusunan Skala Psikologi*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar Offset.
- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. (2008). *Riset Kesehatan*

- Dasar (RISKESDAS) 2007. *Laporan Nasional 2007*. <https://doi.org/10.24127/RISKESDAS.2007>. Desember 2013
- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. (2013). Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) 2013. *Laporan Nasional 2013*, 1–384. <https://doi.org/10.24127/RISKESDAS.2013>. Desember 2013
- Bandura. (1977). Self efficacy: toward unifying theory. *Psychological Review*, 84(2), 195. <https://doi.org/http://psycnet.apa.org/journals/rev/84/2/191.pdf>
- Bardach, A. E., Caporale, J. E., Rubinstein, A. L., & Danaei, G. (2017). Impact of level and patterns of alcohol drinking on coronary heart disease and stroke burden in Argentina. *PLoS ONE*, 12(3), 1–14. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0173704>
- Baumann, P. S., Crespi, S., Marion-Veyron, R., Solida, A., Thonney, J., Favrod, J., ... Conus, P. (2013). Treatment and early intervention in psychosis program (TIPP-Lausanne): Implementation of an early intervention programme for psychosis in Switzerland. *Early Intervention in Psychiatry*, 7(3), 322–328. <https://doi.org/10.1111/eip.12037>
- Bhalli, M. A., Kayani, A. M., & Samore, N. A. (2011). Frequency of risk factors in male patients with acute coronary syndrome. *Journal of the College of Physicians and Surgeons--Pakistan: JCPSP*, 21(5), 271. <https://doi.org/10.2712/JCPSP.271275>
- Bodenheimer. (2006). Patient self-management of Chronic Disease in Primary Care. *Journal American Medical Association*, 288, 2469–2475.
- Bolkan, A. (2015). The Effects of Life Skills Psycho-education Programme on Divorced Women's Level of Inner Directed Support and Analysis of this Effect Based on Types of Marriage and Various Demographic Features. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 205(May), 655–663. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.09.103>

- Budiharto. (2008). *Metodologi penelitian kesehatan dengan contoh bidang ilmu kesehatan gigi*. Jakarta:EGC
- Cahyono, S. B. (2008). *Gaya hidup & penyakit modern*. Yogyakarta: Kanisius.
- Cameron, P., Jelinek, G., Kelly, A.-M., Brown, A., & Little, M. (2015). *Textbook of adult emergency medicine* (4th ed.). Philadelphia: Elsevier.
- Chinwe R, E. (2015). Impact of Health Education on Knowledge, Attitude and Practice of Cervical Cancer Screening Among Secondary School Teachers in Enugu State. *Journal of Womens Health Care*, 4(4).
<https://doi.org/10.4172/2167-0420.1000241>
- Commodore-Mensah, Y., & Dennison Himmelfarb, C. R. (2012). Patient education strategies for hospitalized cardiovascular patients: A systematic review. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 27(2), 154–174.
<https://doi.org/10.1097/JCN.0b013e318239f60f>
- Crombie Allie, D. A., & Hamer, Prof Rod Jackson, Prof Norman Sharpe, P. G. S. (2013). Cardiovascular Disease risk assessment. *New Zealand Primary Care Handbook 2012 Updated 2013*, 1–22.
- Dalusung-Angosta A. (2010). Coronary heart disease knowledge and risk factors among Filipino-Americans connected to primary care services. *ProQuest Dissertations and Theses*.
- Dirjen PP & PL. (2011). *Pedoman pengendalian faktor risiko penyakit jantung dan pembuluh darah* (Edisi I). Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Dixon, L., Adams, C., & Lucksted, A. (2000). Update on family psychoeducation for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 26, 5–20.
- Fini, I. A., Hajbaghery, M. A., Fard, A. S., & & Khachian, A. (2011). The effect of health-promotion strategies education on self-care and selfefficacy in patient with bone marrow transplantation. *Iranian Journal of Critical Care*, 4(3), 109–116.

- Friedman, M. M. (2010). *Buku ajar keperawatan keluarga : Riset, Teori dan Praktek*. Jakarta: EGC.
- Hage, A., M and Lorensen, M. (2005). A philosophical analysis of the concept empowerment: the fundamental of education-program to the frail elderly. *Nursing Philosophy*, 6(4), 235–246.
- Hess, E. P., Hollander, J. E., Schaffer, J. T., Kline, J. A., Torres, C. A., Diercks, D. B., ... Montori, V. M. (2016). Shared decision making in patients with low risk chest pain: prospective randomized pragmatic trial. *Bmj*, i6165. <https://doi.org/10.1136/bmj.i6165>
- Hidayat, A. (2009). *Riset Keperawatan dan Teknik Penulisan Ilmiah*. Jakarta: Salemba Medika.
- Hiltunen, F.E., et al. (2005). Implementation of efficacy enchantment nursing intervention with cardiac elders. *Journal Rehabilitation Nursing*, 30(6).
- Hossein Mohsenipouya, Fereshteh Majlessi, Davood Shojaeizadeh, Abbas Rahimi Foroushani, Rahman Ghafari, Vali Habibi, and A. S. M. (2016). Health-related variables and predictors of Health-promoting Lifestyle in cardiovascular disease patients. *Electron Physician*, 8(4), 2274–2280. <https://doi.org/10.19082/2274>
- Kaakinen, J. R., Gedaly-Duff, V., Coehlo, D. P., & Hanson, S. M. H. (2010). *Family Health Care Nursing Theory, Practice and Research. Family Health Care Nursing: Theory, Practice and Research*.
- Kang, Y., & Yang, I. S. (2013). Cardiac self-efficacy and its predictors in patients with coronary artery diseases. *Journal of Clinical Nursing*, 22(17–18), 2465–2473. <https://doi.org/10.1111/jocn.12142>
- Kang, Y., Yang, In-suk, & Kim, N. (2010). Correlates of Health Behaviors in Patients. *Asian Nursing Research*, 4(1), 45–55.
- kementerian kesehatan RI. (2016). *Pedoman umum program Indonesia sehat*

- dengan pendekatan keluarga. Jakarta: Kemenkes RI.
- Kluwer, W. (2008). *Nutsing: understanding disease*. philadelphia: lippincott and wilkins.
- Lau-Walker, M. (2004). relationship Between Illnes representation and sel efficacy. *Journal of Advanced Nursing*, 48(3), 216–225.
<https://doi.org/http://www.ebscohsot.com>
- Lau-Walker, M. (2007). Importance of illness beliefs and self-efficacy for patients with coronary heart disease. *Journal of Advanced Nursing*, 60(2), 187–198.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04398.x>
- Liu, X., Shi, Y., Willis, K., Wu, C.-J. (Jo), & Johnson, M. (2017). Health education for patients with acute coronary syndrome and type 2 diabetes mellitus: an umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. *BMJ Open*, 7(10), e016857. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-016857>
- Lukens, E. P., & McFarlane, W. R. (2004). Psychoeducation as Evidence-Based Practice: Considerations for Practice, Research, and Policy. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 4(3), 205–225. <https://doi.org/10.1093/brief-treatment/mhh019>
- Mohammed, J., Anglais, A. E., & Mohammed, J. (2012). Knowledge of , and Attitude to Cardiovascular Disease Risk Factors Among Members Of The Nigerian Armed Forces, 1, 23–27. <https://doi.org/http://www.rrpjournals.com/>
- Muttaqin, A. (2009). *Pengantar asuhan keperawatan klien dengan gangguan sistem kardiovaskular*. Jakarta: Salemba Medika.
- Mystakidou K. Tsilika., Parpa, Gogou, T. and V. (2010). Self-efficacy beliefs and level of anxiety in advanced cancer patient. *European Journal of Cancer Care*, 19, 205–2011. <https://doi.org/http://www.ebscohost.com>
- Notoatmodjo, S. (2010). *Ilmu Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nursalam. (2015). *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan Pendekatan Praktis*

- (edisi 4). Jakarta: Salemba Medika.
- O'Brien, F., Mckee, G., Mooney, M., O'Donnell, S., & Moser, D. (2014). Improving knowledge, attitudes and beliefs about acute coronary syndrome through an individualized educational intervention: A randomized controlled trial. *Patient Education and Counseling*, 96(2), 179–187.
- Oguoma, V. M., Nwose, E. U., & Bwititi, P. T. (2014). Cardiovascular Disease Risk Prevention : Preliminary Survey of Baseline Knowledge , Attitude and Practices of a Nigerian Rural Community, 6(9), 466–471. <https://doi.org/10.4103/1947-2714.141644>
- Peterson, J. C., Link, A. R., Jobe, J. B., Winston, G. J., Marina Klimasiewfski, E., & Allegrante, J. P. (2014). Developing self-management education in coronary artery disease. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*, 43(2), 133–139. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2013.11.006>
- Rahmani, F., Ranjbar, F., Ebrahimi, H., & Hosseinzadeh, M. (2015). The Effects of Group Psychoeducational Programme on Attitude toward Mental Illness in Families of Patients with Schizophrenia , 2014. *Tabriz University of Medical Sciences*, 4(3), 243–251. <https://doi.org/10.15171/jcs.2015.025>
- Ranjith, N., Pegoraro, R. J., & Zaahl, M. G. (2011). Risk Factors Associated with Acute Coronary Syndromes in South African Asian Indian Patients [The AIR Study], 2(10), 1–5. <https://doi.org/10.4172/2155-9880.1000163>
- Ranjith, N., Pegoraro, R. J., & Zaahl, M. G. (2011). Risk Factors Associated with Acute Coronary Syndromes in South African Asian Indian Patients [The AIR Study], 2(10). <https://doi.org/10.4172/2155-9880.1000163>
- Rappaport J. (1987). Terms of empowerment/exemplars of prevention: Toward a theory for community psychology. *American Journal of Community Psychology*, 15, 121–144.

- Ridwan, M. (2009). *Mengenal, mencegah, mengatasi silent killer jantung koroner*. Jawa tengah: Pustaka Widya Mara.
- Rilantono, L. L. (2012). *Penyakit Kardiovaskular Badan*. Jakarta: Penerbit FKUI.
- Rozanski A et al. (2005). The epidemiology, pathophysiology, and management of psychosocial risk factors in cardiac practice: the emerging field of behavioral cardiology. *J Am Coll Cardiol*, 45(5), 637–651.
- Seniati, L., Yulianto, A., & Setiadi, B. N. (2009). *Psikologi eksperimen*. Jakarta: PT. Indeks.
- Shahrbabaki, P. M., Farokhzadian, J., & Hasanabadi, Z. (2012). Effect of self-care education on p knowledge and performance with heart failure. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 31(2011), 918–922. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2011.12.169>
- Shaw L. J. (2009). Women and ischemic heart diseases:evolving knowladge. Retrieved from <http://content.onlinejacc.org/egi.content/short/54/17/1561>
- Smeltzer, C & Bare, B. G. (2016). *Smeltzer & Bares Textbook of Medical-surgical Nursing Vol. 2* (Edition 4). Lippincott Williams & Wilkins Pty.
- Soeharto, I. (2004). *Penyakit jantung koroner dan serangan jantung Pustaka Utama*,. Jakarta: PT. Gramedia.
- Stuart G.W. & Laraia M.T. (2009). *Principle and practice of psychiatric nursing* (Edition 9). St.Louis Missouri: Mosby Elsevier.
- Sugiyono. (2011). *Statistika untuk penelitian*. , Bandung: CV. Alfabeta.
- Sullivan MD. Andrea Z, Russo J, and K. W. (1998). Self-efficacy and self-reported functional status in coronary heart disease: A six-month prospective study. *Psychocomatic Medicine*, 60, 473–478.
- Sumiati, et al. (2010). *Penanganan stress pada penyakit jantung koroner*. Jakarta: Trans Info media.
- Supratiknya A. (2008). *Psikoedukasi: merancang program dan modul*.

Yogyakarta: Universitas Sanata Dharma Press.

Tanjani, P. T., Azadbakht, M., Garmaroudi, G., Sahaf, R., & Fekrizadeh, Z. (2016). Validity and reliability of health promoting lifestyle profile II in the Iranian elderly. *International Journal of Preventive Medicine*, 2016–May. <https://doi.org/10.4103/2008-7802.182731>

Tomey A. M & Alligood M. R. (2006). *Nursing theorists and their work* (Edition 6). USA: Mosby Elsevier.

Unsal, A., & Kasikci, M. A. (2010). Effect of education on perceived self efficacy for individuals with arthritis. *International Journal of Caring Science*, 3(1), 3–12.

Vahedian-Azimi, A., Miller, A. C., Hajiesmaeili, M., Kangasniemi, M., Alhani, F., Jelvehmoghaddam, H., ... Izadi, M. (2016). Cardiac rehabilitation using the Family-Centered Empowerment Model versus home-based cardiac rehabilitation in patients with myocardial infarction: A randomised controlled trial. *Open Heart*, 3(1). <https://doi.org/10.1136/openhrt-2015-000349>

Valiee, S., Razavi, N. S., Aghajani, M., & Bashiri, Z. (2017). Effectiveness of a psychoeducation program on the quality of life in patients with coronary heart disease: A clinical trial. *Applied Nursing Research*, 33, 36–41. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2016.09.002>

Varaei, S., Shamsizadeh, M., Cheraghi, M. A., Talebi, M., Dehghani, A., & Abbasi, A. (2017). Effects of a peer education on cardiac self-efficacy and readmissions in patients undergoing coronary artery bypass graft surgery: a randomized-controlled trial. *Nursing in Critical Care*, 22(1), 19–28. <https://doi.org/10.1111/nicc.12118>

Varcarolis, E., M., (2010). *Psychiatric Mental health nursing*. Philadelphia: Lippincot Williams and Wilkins

Wagner, J., Lacey, K., Chyun, D., & Abbott, G. (2005). Development of a

- questionnaire to measure heart disease risk knowledge in people with diabetes: The Heart Disease Fact Questionnaire. *Patient Education and Counseling*, 58(1), 82–87. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2004.07.004>
- Wantiyah, Sitorus, R., & Gayatri, D. (2010). *Analisis Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Efikasi Diri Pasien Penyakit Jantung Koroner Dalam Konteks Asuhan Keperawatan Di RSUD Dr. Soebandi Jember*. FKUI.
- Whittingham, J. R. D., Ruiter, R. A. C., Castermans, D., Huiberts, A., & Kok, G. (2008). Designing effective health education materials: Experimental pre-testing of a theory-based brochure to increase knowledge. *Health Education Research*, 23(3), 414–426. <https://doi.org/10.1093/her/cym018>
- WHO. (2007a). *Prevention of Cardiovascular Disease*. World Health Organization. https://doi.org/http://www.who.int/cardiovascular_diseases/publications/Prevention_of_Cardiovascular_Disease/en/
- WHO. (2007b). *Prevention of cardiovascular disease guidelines for assessment and management of cardiovascular risk*. Switzerland: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data.
- World Health Organization. (2010). Global status report on noncommunicable diseases 2010. *World Health*, 176. https://doi.org/978_92_4_156422_9
- Yahya, R., Muhamad, R., & Yusoff, H. M. (2012). Knowledge, Attitude and Practice on Cardiovascular Disease among Women in North-Eastcoast Malaysia. *International Journal of Collaborative Research on Internal Medicine & Public Health*, 4(8), 1507–1523.
- Zeng, W., Chia, S. Y., Chan, Y. H., Tan, S. C., Low, E. J. H., & Fong, M. K. (2017). Factors impacting heart failure patients' knowledge of heart disease and self-care management. *Proceedings of Singapore Healthcare*, 26(1), 26–34. <https://doi.org/10.1177/2010105816664537>